

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE EXTERNE.

DU

DIAGNOSTIC

DANS

LES MALADIES CHIRURGICALES,

DE SES SOURCES, DE SES INCERTITUDES ET DE SES ERREURS.

THÈSE

Soutenue par M. A. BÉRARD,

Agrégé en exercice, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière.

Ἄριστα γνους. Ἄριστα θεραπευει.

Axioma Ammonii philosophi.

PARIS.

BÉCHET JEUNE,

LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

place de l'École-de-Médecine, n. 4.

1836



AVANT-PROPOS.

Il est des points spéciaux de pathologie externe exposés avec tous les développemens qu'ils comportent, dans les ouvrages de chirurgie ou dans certains articles de dictionnaire, et sur lesquels il est facile de composer, et en peu de temps, une Thèse de concours, pour peu qu'on apporte quelque discernement dans le travail de compilation qu'ils exigent. Tel n'a point été le sujet qui m'est échu par le sort. Traiter du diagnostic dans les maladies chirurgicales, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs, voilà la tâche que j'ai dû accomplir en dix jours et sous laquelle j'ai pu craindre un instant de me voir accablé. Si je pouvais ignorer que je suis resté

de beaucoup au-dessous de ce sujet si important et si vaste, mes compétiteurs ne manqueraient pas de me le faire appercevoir, mais j'ai lieu d'espérer qu'on aura égard aux difficultés d'un travail de généralisation qui n'a, que je sache, été entrepris par personne et que j'ai dû tirer en entier de mon propre fond.

DU DIAGNOSTIC

DANS

LES MALADIES CHIRURGICALES,

DE SES SOURCES, DE SES INCERTITUDES ET DE SES ERREURS.

INTRODUCTION.

Avant d'aborder la question à la fois importante et ardue qui m'est échue par le sort, il me paraît indispensable de présenter quelques réflexions sur le sens attaché au mot, *maladies chirurgicales*. La distinction semble, au premier abord, facile à établir entre elles et les affections qui sont du ressort de la pathologie interne; mais, pour peu qu'on y réfléchisse, on ne tardera pas à s'apercevoir que, soit que l'on ait égard aux *causes* des maladies, soit qu'on les envisage sous le point de vue de leur *siége*, de leur *nature* et du traitement qu'elles réclament, il est absolument impossible de tracer une limite distincte entre la pathologie externe et l'interne.

Les *causes* ne peuvent servir de base à la distinction entre les deux classes de maladies ; car, s'il est vrai que les lésions produites par les violences extérieures sont plus spécialement commises aux soins du chirurgien, celui-ci a presque aussi fréquemment à remédier à des désordres survenus sous l'influence d'une cause interne ou d'un état particulier de la constitution.

On ne peut pas dire non plus que les maladies chirurgicales diffèrent par leur *siége* des maladies médicales; la variole, la rougeole, la scarlatine, etc. sont confiées aux soins du médecin et certaines affections des viscères cachés dans les cavités splanchniques réclament des opérations chirurgicales.

Il y a moins de chances, encore, de poser les bases d'une distinction exacte entre la pathologie externe et l'interne, en ayant égard seulement à la *nature* des maladies. L'anévrisme est une affection interne, s'il occupe l'aorte; il constitue une maladie chirurgicale, s'il s'est développé sur le trajet d'une artère des membres. Le cancer du testicule, celui de la mamelle et de l'œil sont décrits dans les traités de chirurgie; celui de l'estomac, du cerveau et du foie, dans les ouvrages de pathologie interne.

Enfin le *traitement* opposé aux deux classes de maladies ne peut servir à les distinguer nettement les unes des autres, puisque certaines affections chirurgicales sont guéries par des remèdes internes, et quelques maladies internes par des moyens chirurgicaux.

La conclusion logique de ces réflexions serait qu'il n'y a pas lieu à disserter *sur le diagnostic des maladies chirurgicales* : les considérations qui se rattachent à celles-ci pouvant également s'appliquer aux maladies internes. Mais, s'il est vrai qu'on ne peut par le raisonnement arriver à poser une ligne de démarcation tranchée entre la pathologie externe et l'interne, du moins voyons-nous, en pratique et par une sorte de convention tacite, les médecins et les chirurgiens se partager entre eux les maladies. Les traités de chirurgie ne renferment rien sur la phthisie pulmonaire, l'apoplexie, l'asthme, la dothinentérite, et ceux de médecine se taisent sur les fractures, les luxations, les hernies, les plaies, etc... On peut donc à la rigueur, et prenant les choses telles qu'elles sont, c'est-à-dire, telles que la pratique et les traités de pathologie les ont établies, dire qu'il y a un groupe de maladies qui, malgré leurs affinités avec les maladies internes, ont cependant un ensemble de caractères qui permettent de les soumettre à des considérations générales. Telle a dû être la pensée du jury, lorsqu'il a proposé pour sujet de thèse une dissertation sur le diagnostic des maladies chirurgicales.

Les maladies de ce nom seront donc en général : 1° celles qui résultent de l'action d'une violence extérieure ; plaies, fractures, luxations, etc. ; 2° celles qui occupent la surface du tronc ou les membres ; 3° celles qui sont curables par l'application de la main nue ou armée d'instrumens. Nous savons

bien que cette classification laisse en dehors plusieurs maladies chirurgicales, et que plus d'une affection dite médicale y pourrait trouver place; mais, nous le répétons, il n'y a pas de caractère distinctif fondamental entre les unes et les autres.

Si, dans les moyens de diagnostic que nous ferons connaître à l'occasion des maladies chirurgicales, on s'étonnait d'en trouver un bon nombre applicables aussi aux maladies internes, nous rappellerions que l'homme n'a pas plusieurs manières de s'instruire en ce qui concerne les corps et leurs différens états; quel que soit l'objet de son étude, il est forcé d'appliquer ses *sens* pour recueillir les phénomènes et son *entendement* pour en trouver les conditions, les lois, les analogies et les différences.



CHAPITRE PREMIER.

DU DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES CHIRURGICALES.

—

Le *diagnostic* est cette partie de la pathologie qui a pour objet la distinction des maladies. Distinguer une maladie, c'est la reconnaître toutes les fois qu'elle existe, quelle que soit son obscurité; c'est constater aussi qu'elle n'existe pas, toutes les fois que d'autres maladies se présentent avec des symptômes qui ressemblent aux siens.

Louis n'a, que je sache, rien écrit de spécial sur le *diagnostic*; mais le jugement qu'a porté le célèbre secrétaire de l'Académie de chirurgie sur l'importance de cette partie de la nosologie, a reçu la sanction de tous les praticiens. On a copié partout les premières phrases du *mémoire sur les tumeurs fongueuses de la dure mère*; cette considération devrait peut-être m'empêcher de les reproduire; mais ce serait, en quelque sorte, une omission dans ce travail.

« La science du diagnostic tient le premier rang « entre toutes les parties de l'art et en est la plus « utile et la plus difficile. Le discernement du carac- « tère propre de chaque genre de maladie et de ses « différentes espèces est la source des indications

« curatives. Sans un diagnostic exact et précis la « théorie est toujours en défaut, et la pratique sou- « vent infidèle. » (Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. 5 page première, in-4°.)

Ce jugement pourrait s'appliquer à plus juste titre, peut-être, aux maladies chirurgicales qu'au plus grand nombre de celles qui sont du domaine de la pathologie interne. Il est à remarquer en effet que, dans plusieurs maladies de nature inflammatoire et qui ont leur siége dans les organes que renferment les cavités splanchniques, le traitement offre peu de différences, quel que soit l'organe enflammé. Des émissions sanguines, générales, locales, des applications émollientes, des boissons aqueuses, le repos, la diète, forment la base du traitement du plus grand nombre des inflammations aiguës des organes situés dans les cavités du tronc. A supposer donc que le médecin n'ait pas précisé avec exactitude le siége d'une phlegmasie intérieure, le malade n'en recevra pas moins des soins appropriés à son état, si l'indication générale a été saisie. Dans les cas douteux de pathologie interne, lorsque le praticien est réduit à la médecine expectante, le malade abandonné aux seuls efforts de la nature, guérit souvent tout aussi promptement que si des médicamens énergiques lui eussent été administrés.

Il n'en est pas de même des affections chirurgicales, parce qu'un bon nombre de celles-ci réclament, pour être guéries, l'emploi de la main nue ou armée d'instrumens; parce que, si on les confond

avec une autre lésion, on peut faire une opération qui tue; parce que, si, venant à les méconnaître, on néglige de les combattre, elles peuvent faire de tels progrès que bientôt les fonctions de la partie affectée, peut-être même la vie du malade, soient gravement compromises.

On m'objectera peut-être qu'il n'est pas indifférent, dans les maladies internes, de confondre la phlegmasie d'un organe parenchymateux avec l'inflammation d'une séreuse, soit : mais je ne puis croire que le médecin, qui traite une pneumonie pour une pleurésie, commette une faute aussi grave que le chirurgien qui plonge un bistouri dans un anévrisme simulant un abcès; qui pousse une injection de vin chaud dans une hydrocèle congénitale; qui taille un patient dont la vessie ne renferme pas de calcul; qui ampute un membre pour une carie qui n'existe pas; qui pose une ligature sur un utérus renversé, dans la croyance qu'il va débarrasser la malade d'un polype; qui méconnaît une hernie étranglée; qui prend une pustule maligne pour un furoncle ou un anthrax, etc.

On objectera encore que certaines erreurs de diagnostic, en médecine, sont aussi sûrement, aussi prochainement mortelles que les méprises les plus funestes commises par les chirurgiens; que celui, par exemple, qui méconnaît une fièvre intermittente pernicieuse compromet aussi inévitablement la vie du malade que s'il lui ouvrait un anévrisme. J'admettrai volontiers la justesse de cette remarque;

mais, je maintiens que les circonstances où les erreurs du praticien peuvent entraîner de si funestes conséquences se présentent moins souvent en médecine qu'en chirurgie.

Ce n'est pas seulement aux malades que les erreurs de diagnostic peuvent être nuisibles ; elles compromettent aussi la réputation du chirurgien, et l'on ne peut nier que, sous ce rapport, il ne soit plus que le médecin exposé à porter la peine de ses bévues. Qu'un homme conserve une luxation non réduite de l'humérus, il sera un témoignage vivant de l'impéritie du chirurgien.

S'il est d'une utilité plus prochaine, le diagnostic des maladies chirurgicales est en général et par compensation plus facile à établir que celui des maladies internes. Loin de moi la prétention de proclamer l'infaillibilité du diagnostic chirurgical! Le chapitre de ses *erreurs* occupera une grande place dans cette thèse, et l'on y pourrait puiser les moyens de me réfuter. Loin de moi aussi la pensée qu'il n'y ait que conjectures ou probabilités dans le diagnostic des affections internes! Je sais que les médecins de nos jours ont compris l'avantage inappréciable qui résulte de la recherche des signes physiques des maladies : la percussion et l'auscultation leur ont permis de constater, plus positivement qu'ils n'avaient pu le faire à l'aide des troubles fonctionnels, les changemens survenus dans la densité, la perméabilité de certains organes intérieurs, l'épanchement de liquides ou la présence de fluides

élastiques. Mais ce mode d'investigation appliqué en médecine trouve dans la disposition anatomique des organes des obstacles qu'il est facile de deviner, tandis que, ces obstacles n'existant point au même degré dans la plupart des maladies chirurgicales, l'exploration directe devient la *source* la plus sûre et la plus féconde des connaissances que le praticien puisse acquérir sur la nature des maladies qui sont l'objet de la pathologie externe.

Cette facilité de l'observation directe, cette habitude de toucher le mal, de le voir, de le circonscrire, rend plus usuelles au chirurgien et plus nécessaires aussi les notions qu'il a puisées dans l'étude minutieuse de la structure des diverses régions du corps, des rapports de leurs parties composantes. Souvent, la lésion matérielle qui constitue la maladie se trouve modifiée dans son apparence extérieure par l'arrangement anatomique des parties dans la région qu'elle occupe. C'est de nos jours que l'on a compris toutes les applications dont l'anatomie topographique ou des régions était susceptible : déjà ébauchée dans les leçons orales de Béclard, elle a pris dans les ouvrages d'un des juges de ce concours, M. le professeur Velpeau, et d'un de mes compétiteurs, M. Blandin, les caractères d'une véritable science.

L'indispensable nécessité de l'anatomie se fait sentir dans la plupart des affections chirurgicales, lorsque l'on veut en déterminer la nature et le siége. Dans le diagnostic différentiel d'une fracture et

d'une luxation, combien ne sera-t-il pas utile de se représenter parfaitement les contours de l'articulation, les rapports des éminences osseuses entre elles, la forme des surfaces articulaires, la force, la position des ligamens, des muscles voisins, etc.? Comment établir le diagnostic d'une plaie, si l'on ignore quels muscles, quels nerfs, quels vaisseaux, quelles aponévroses, quelles bourses muqueuses, quelles articulations, quels organes splanchniques se rencontrent dans la partie blessée? N'est-ce pas aux connaissances précises d'anatomie que nous devons de savoir pourquoi les ecchymoses, les collections purulentes et sanguines s'étendent dans un sens plutôt que dans un autre? pourquoi certaines tumeurs, les hernies par exemple, se présentent dans quelques parties du corps presque toujours les mêmes et y affectent un trajet, une direction, déterminés? pourquoi certaines fonctions sont perverties, quand les organes voisins sont malades? Ce sont les connaissances anatomiques qui font soupçonner tout d'abord qu'un corps étranger d'un certain volume, qui a pénétré par la bouche et qui détermine des accès de suffocation, est dans les voies pharyngo-œsophagiennes et non dans les voies aériennes; c'est par elles que le chirurgien devine quelle est la partie des voies urinaires qui a éprouvé une rupture, à la vue de la région cutanée sur laquelle s'ouvrent les fistules urinaires, etc.

La physiologie prête aussi son secours au diagnostic des maladies chirurgicales. Mais ici, nous

devons avouer que cette science offre plus de ressources aux médecins qu'aux chirurgiens. Il est des cas cependant où la connaissance des fonctions éclaire sur la nature de la lésion; c'est la physiologie qui, dans un cas d'hémorrhagie, nous apprend si le vaisseau blessé est une artère ou une veine; la mobilité ou l'immobilité de l'iris, chez une personne atteinte de cataracte, nous aide à reconnaître s'il y a ou non complication d'amaurose, etc.

Enfin, c'est par le concours des notions anatomiques et physiologiques que plusieurs affections peuvent être diagnostiquées avec plus ou moins de certitude; l'hémiplégie faciale, à la suite d'une plaie de tête, sans qu'aucune autre partie du corps soit paralysée, conduit à soupçonner une fracture du rocher, avec déchirure de la portion dure de la septième paire de nerfs. La paralysie des membres inférieurs et de la vessie engage le chirurgien à diriger ses recherches du côté de la moelle épinière, ou de la queue de cheval.

Avoir établi d'une manière exacte la nature et le siége d'une maladie, ce n'est pas encore avoir complètement posé le diagnostic, en tant qu'il doit servir de base à la thérapeutique. Si le mal est de ceux que l'on puisse enlever par une opération chirurgicale, il faut s'efforcer de reconnaître les limites exactes de l'altération, les parties qui lui confinent ou qu'elle intéresse. Faute d'avoir mûrement envisagé cette face du diagnostic, on a vu trop souvent des chirurgiens commencer des opérations

qu'ils n'ont pu terminer, ou blesser dans le cours de la dissection des organes importans qn'ils ne s'attendaient pas à trouver sous le tranchant de l'instrument.

En supposant que le chirurgien ait pu nettement reconnaître les limites du mal, les rapports des parties altérées avec les parties saines, qu'il ait en un mot accompli sa tâche en ce qui touche le diagnostic local, il ne devra toutefois se décider à entreprendre une grave opération qu'après avoir porté une inspection attentive sur l'état des principaux viscères, qu'après avoir, en un mot, diagnostiqué leur état normal ou pathologique. C'est une faute impardonnable d'amputer un membre chez un phthisique, de faire l'extirpation d'un sarcocèle chez un sujet qui porte déjà des tumeurs encéphaloïdes dans la région lombaire, de pratiquer une grande opération chez un malade dont le sang est contaminé par le pus exhalé dans une veine enflammée. Cette faute, on s'expose à la commettre, si l'on se borne à un diagnostic local.

C'est un problème épineux de diagnostic et qui réclame un grand tact chirurgical que la détermination des chances de résistance qu'un malade pourrait offrir, dans le cas où une grande opération lui serait pratiquée; en admettant d'ailleurs que l'opération soit réclamée par la maladie locale et justifiée par l'absence d'altérations organiques graves dans les viscères. On conçoit qu'il est impossible de formuler aucune règle de diagnostic pour de

semblables cas, et je me borne à les avoir indiqués.

On voit certaines altérations, trop légères pour être l'occasion d'une opération chirurgicale et cependant assez opiniâtres pour résister aux moyens locaux employés pour les combattre, marcher enfin vers la guérison, sous l'influence d'un traitement approprié, lorsque le chirurgien est parvenu à diagnostiquer le vice général ou la diathèse à laquelle ces altérations sont liées et qui les entretenait. Nous avons ici une nouvelle preuve de l'importance qu'il y a d'étudier chez un malade autre chose que les phénomènes locaux de l'affection pour laquelle il réclame les secours de la chirurgie.

CHAPITRE SECOND

DES SOURCES DU DIAGNOSTIC, DANS LES MALADIES CHIRURGICALES.

Tout ce qui peut contribuer à faire reconnaître une affection chirurgicale peut être considéré comme *source* de diagnostic. Il n'y a pas de différence essentielle entre les sources de diagnostic en médecine et en chirurgie ; mais, tandis que le médecin s'applique à remonter des troubles fonctionnels à la lésion locale qui forme le caractère anatomique de la maladie, le chirurgien a, dans le plus grand nombre des cas, l'inappréciable avantage d'observer directement les caractères physiques de couleur, de volume, de consistance, de mobilité des parties altérées. De là résultent des différences secondaires dans les moyens de remonter aux sources de diagnostic en médecine et en chirurgie.

Voici au reste le programme de cette partie de la thèse. Dans une première section, j'examinerai la valeur du commémoratif comme *source de diagnostic* ; dans une deuxième section, la valeur des symptômes actuels ; la troisième section aura pour sujet l'examen des notions diagnostiques acquises par le secours des organes des sens; dans la quatrième enfin, j'indiquerai la part du raisonnement dans l'établissement du diagnostic.

SECTION PREMIÈRE.

DU COMMÉMORATIF, COMME SOURCE DU DIAGNOSTIC CHIRURGICAL.

Le commémoratif comprend la connaissance de toutes les circonstances antérieures au moment où l'on examine le malade. L'exposé en est ordinairement fourni par le malade ou par des personnes étrangères; il est oral ou par écrit. Dans quelques cas, le chirurgien puise dans sa mémoire le souvenir des circonstances anamnestiques des maladies. Le degré de confiance à accorder au commémoratif et les lumières qu'il fournit varient comme l'intelligence des personnes qui le donnent, leur éducation, leurs préjugés, leur moralité, leur instruction, leurs connaissances en médecine. Au commémoratif on peut rapporter la connaissance des causes de la maladie, de son mode de développement, de la marche qu'elle a suivie depuis son invasion jusqu'au moment où on l'observe pour la première fois, du traitement qui a été employé et de l'influence qu'il a exercée sur son cours, et enfin de quelques circonstances accessoires. Les données que fournit au diagnostic la connaissance des circonstances qui précèdent n'offrent pas toutes la même valeur, ainsi que nous allons le montrer, en entrant dans le détail de chacune d'elles.

§ I. *Des causes, comme signes commémoratifs.*

Les causes *prédisposantes* des maladies sont surtout utiles à connaître pour le diagnostic des affections internes, et ne fournissent guère que des probabilités au diagnostic des maladies chirurgicales. Il est cependant quelques cas où la considération de l'âge, du sexe, du tempérament du malade, de ses parens, du lieu qu'il habite, de sa nourriture, de sa profession, de ses habitudes, de ses maladies antérieures peut fournir des données utiles pour le diagnostic : quelques exemples confirmeront cette assertion.

Une personne d'un tempérament éminemment lymphatique porte depuis un certain nombre de mois, sur le côté du cou, des tumeurs arrondies, roulant sous la peau, etc.; la constitution du sujet autorise à penser que ce sont des tubercules. Une autre se plaint de souffrir de douleurs aiguës dans la région des lombes, plusieurs membres de la même famille ont été tourmentés par des affections calculeuses; il est probable qu'une néphrite calculeuse est ici la cause des accidens. Le globe de l'œil et ses annexes sont volumineux, déformés, traversés par des douleurs lancinantes, etc., le malade n'a pas atteint l'âge adulte; on devra supposer l'existence d'un cancer encéphaloïde, ayant débuté par les milieux de l'œil; tandis que des symptômes ana-

logues, chez une personne avancée en âge, annoncent le cancer squirrheux qui débute par les paupières. Une tumeur gangréneuse occupe la surface de la joue; noire et dure au centre, elle est environnée d'une auréole d'un brun livide qui s'étend, en perdant de son intensité, vers les parties voisines : est-ce une pustule maligne ? est-ce un anthrax ? La personne vous apprend qu'elle exerce la profession de boucher, qu'elle a, il y a quelques jours, abattu et dépouillé des animaux surmenés et qui offraient les symptômes d'une inflammation charbonneuse, qu'elle a porté à son visage ses mains souillées par le sang de l'animal; ce commémoratif vous met sur la voie, et vous apprend que vous avez affaire à une pustule maligne.

Relativement aux causes *occasionelles*, en réfléchissant à la liaison intime qui existe entre la cause et l'effet, on conçoit facilement comment la connaissance approfondie de l'une doit éclairer la détermination de l'autre. Aussi l'étude des causes des maladies est-elle une des sources les plus fécondes du diagnostic. Elle le serait encore bien davantage, si le mode d'action de la cause, et sa relation directe avec l'effet produit n'était pas souvent enveloppé d'épaisses ténèbres. Cependant la chirurgie a, sur ce point, moins de choses à regretter que la médecine.

Il est des causes dont la relation avec la lésion de certaines parties d'un organe est telle, que le chirurgien peut, en connaissant l'une, diagnostiquer

hardiment l'existence de l'autre ; soit, par exemple, une tumeur douloureuse du scrotum survenue pendant le cours d'une uréthrite; il y a tout lieu de penser, indépendamment des autres éclaircissemens fournis par le toucher, que le mal consiste en une orchite blennorrhagique.

D'autres fois, non-seulement le chirurgien pourra, de la connaissance de la cause, conclure au siége de la lésion, mais il pourra diagnostiquer d'une manière presque mathématique les lésions anatomiques précises. Ainsi, dans une fracture du péroné, si elle est le résultat d'une torsion brusque du pied en dehors, le chirurgien pourra presque toujours affirmer, avec Dupuytren, l'existence d'une fracture oblique en haut et en dehors, et un arrachement de la malléole interne, ou une déchirure des ligamens latéraux internes; lésions que des explorations minutieuses n'auraient souvent pu constater.

Si, dans quelques circonstances, la connaissance des causes peut éclairer le diagnostic au point de permettre au chirurgien de faire, pour ainsi dire, l'anatomie de la lésion, on concevra facilement qu'elle puisse faire distinguer une maladie d'une autre, c'est-à-dire en déterminer la nature. Combien de fois, en effet, la circonstance d'un coup violent n'a-t-elle pas conduit à reconnaître pour un épanchement de sang, une tumeur que l'on aurait pu confondre avec un abcès. Qu'un homme présente au moignon de l'épaule une douleur vive, accompagnée de tuméfaction, de déformation du membre, pou-

vant faire croire à une fracture du col de l'humérus ou à une luxation, la circonstance de la chute, de la manière dont la cause a agi, pourra souvent aider le diagnostic. Si l'individu est tombé sur le coude quand le bras était écarté du corps, ou s'il a reçu un coup de bâton sur la partie supérieure du bras, certainement les mêmes lésions n'ont pas dû être produites.

§ II. *De la marche de la maladie, comme signe commémoratif.*

En voyant combien de fois le chirurgien suspend son jugement, attendant pour établir le diagnostic, que l'observation journalière d'une affection pathologique lui en ait mieux appris la nature, on comprend quel intérêt on doit attacher au récit des accidens éprouvés par le malade, depuis l'invasion des premiers symptômes qui ont fixé son attention, jusqu'au moment présent. Quelques exemples suffiront pour faire sentir toute l'importance de ces signes anamnestiques. Un individu se présente, ayant dans l'aine une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau; vous apprenez en même temps que des douleurs ont existé, sourdes et continues pendant plusieurs mois, dans un point de la région dorsale ou lombaire, que, quelque temps après leur disparition, la tumeur inguinale a commencé à paraître, que dès l'abord elle était molle, fluctuante, indolente; en voilà assez pour établir le

diagnostic d'une carie de la colonne vertébrale. Un homme est actuellement sans connaissance à la suite d'une plaie de tête, vous apprenez des personnes voisines que, peu de temps après la blessure, le malade a repris connaissance, qu'il a pu marcher, parler, etc., que quelques heures après il est retombé dans l'assoupissement, qu'un des côtés du corps est devenu paralysé; vous penserez alors que très-probablement les accidens actuels sont dus à la compression du cerveau par un épanchement de sang, et que les premiers étaient occasionnés par la commotion cérébrale. Il est même des cas où la connaissance des symptômes antérieurs a plus d'importance que tous les symptômes actuels de la maladie; ainsi, une tumeur anévrismale dans laquelle les battemens artériels ont cessé, peut être confondue avec toute autre espèce de tumeur dure, si l'on néglige d'interroger sur les phénomènes qu'elle a autrefois présentés. On trouvera dans la quatrième partie de ce travail une observation intéressante d'une méprise de ce genre.

§ III. *Du traitement, comme signe commémoratif.*

Dans le paragraphe précédent, nous avons supposé la maladie abandonnée à elle-même, et parcourant sa marche ordinaire; mais la connaissance des modifications qu'elle éprouve, sous l'influence de telle ou telle méthode curative, conduit encore, dans certains cas, à en reconnaître la nature : il

suffit même quelquefois d'apprendre quel traitement a été fait pour être mis sur la voie du diagnostic. Un malade a une tumeur dans le scrotum ; elle offre de la mollesse, mais point de transparence : en apprenant que plusieurs ponctions ont été faites, à intervalles assez éloignés, qu'après chacune d'elles, le scrotum reprenait à peu près son volume ordinaire, on est porté à conclure que la tumeur est une hydrocèle qui, par une cause quelconque, a perdu sa transparence.

§ IV. *De quelques circonstances accessoires, comme signes commémoratifs.*

Nous entendons parler ici de certaines particularités qui, sans être inhérentes à la maladie, peuvent cependant aider à en établir le diagnostic; ainsi, la connaissance de la région du corps qui a été blessée, ou sur laquelle la chute a eu lieu, le sens dans lequel le membre a été renversé, aideront à reconnaître une luxation de l'humérus, une fracture de l'extrémité inférieure du radius et du péroné, etc. Il sera également utile de s'informer de la forme, du volume du corps vulnérant, de sa consistance, de sa température; s'il y a plaie, on demandera à quelle profondeur l'instrument est entré, si sa direction était perpendiculaire ou oblique, par rapport à la partie blessée.

Parfois l'examen des vêtemens ne devra pas être négligé. Un malade a fait une chute; il éprouve une très-vive douleur à l'épaule, qui est le siége d'une

déformation évidente ; les vêtemens sont tachés à l'épaule, il est probable qu'il y a une fracture de l'humérus ou de l'omoplate ; ils sont tachés au côté interne du coude, il est presque certain qu'il existe une luxation. Un autre individu a reçu un coup de feu, et la balle a fait une plaie avec une seule ouverture d'entrée, on soupçonne que la balle est restée dans l'épaisseur des tissus ; mais l'inspection de la chemise montre qu'elle n'est pas percée : on conçoit dès-lors qu'elle a été poussée au devant de la balle, comme un doigt de gant, dans les chairs, et qu'en tirant les vêtemens, le blessé ou les personnes qui l'ont secouru ont ramené à l'extérieur le corps étranger qui, en effet, est rencontré au milieu des vêtemens ou par terre.

En se livrant aux recherches dont nous venons de parler, le chirurgien doit apporter le plus grand soin à poser des questions qui soient bien comprises des personnes auxquelles il s'adresse, et qui laissent la réponse l'œuvre entière du malade. Si la demande est faite de telle sorte que l'individu interrogé puisse répondre par monosyllabes, par une affirmation ou par une négation, on s'expose à obtenir des renseignemens inexacts et à faire dire au malade toute autre chose que ce qu'il croit dire. Mais ces préceptes, qui s'appliquent également à l'interrogatoire que l'on fait subir au malade pour connaître l'état dans lequel il se trouve, appartiennent autant à la pathologie interne qu'à l'externe,

et sont exposés dans les traités de pathologie générale. Il est quelques réflexions qui sont plus spécialement applicables à la chirurgie, et qu'il convient de placer ici. Les malades se trompent souvent dans les renseignemens qu'ils fournissent, et, faute d'être prévenus, ils pourraient entraîner les chirurgiens dans l'erreur. Par exemple, lorsqu'un homme, en marchant, éprouve un renversement brusque du pied, par suite duquel le bord interne s'élève et l'externe s'abaisse, et qu'il en résulte une entorse en dehors ou une fracture du péroné, si vous lui demandez dans quel sens le pied s'est renversé, vous recevrez peut-être la réponse que le renversement a eu lieu en dehors. Lorsqu'un individu tombe sur le coude et qu'il se luxe le bras, si vous l'interrogez pour savoir sur quelle partie du corps il est tombé, il vous répondra le plus souvent que c'est sur l'épaule. Une personne tombe sur la main, elle se fracture le radius à un pouce au-dessus de son extrémité inférieure : vous lui demandez sur quelle partie du corps la chute a eu lieu; elle vous répondra peut-être que c'est sur l'avant-bras. En un mot, et pour généraliser ces observations, presque toutes les fois qu'un individu a, dans un effort violent, une chute, une blessure quelconque, perçu une douleur vive dans une partie du corps, il est porté à croire que c'est cette partie qui a été directement blessée, qui a reçu le coup, qui a supporté le poids du corps, ou vers laquelle le renversement a eu lieu. Il ne faut pas oublier qu'il n'y a qu'un petit nombre de per-

sonnes, douées d'un grand sang-froid, qui conservent en toute occasion assez de présence d'esprit pour se rendre compte de leur blessure et en analyser exactement toutes les circonstances.

SECTION SECONDE.

DES SYMPTOMES ACTUELS, COMME SOURCES DU DIAGNOSTIC.

Nous avons à signaler ici les élémens les plus positifs du diagnostic chirurgical. Parmi les symptômes actuels des maladies, les uns, comme la douleur, sont seulement perçus par le malade et traduits oralement au chirurgien : tel est, par exemple, le premier symptôme d'une carie de la colonne vertébrale à son début ; d'autres consistent en des troubles fonctionnels qui mettent le chirurgien sur la voie de la découverte de la lésion organique dont ils dépendent ; d'autres enfin, sont liés à une altération que l'on peut étudier directement : cette dernière condition se rencontre dans le plus grand nombre des affections chirurgicales. A part quelques maladies qui se décèlent par des symptômes tellement tranchés, que leur apparition suffit pour établir le diagnostic, quoique la lésion organique et le phénomène qui en dépend ne soient point directement accessibles aux sens du chirurgien ; à part, disons-nous, ces cas exceptionnels, on voit que la sûreté du diagnostic se mesure en quelque sorte sur la fa-

cilité de constater les signes physiques des maladies chirurgicales.

Je ne m'étendrai pas sur chacun des symptômes que peuvent présenter les maladies chirurgicales, cette étude embrassant à elle seule presque toute la séméiotique; cependant, j'ai cru devoir traiter en particulier de quelques-uns d'entre eux, de ceux notamment qui, envisagés sous le point de vue chirurgical, peuvent fournir au diagnostic des élémens utiles. Les points qui n'auraient pas reçu une extension suffisante dans cette partie de la thèse, ou qui auraient été omis à dessein, seront repris avec les développemens qu'ils méritent, lorsque je traiterai de l'application des organes des sens à la recherche du diagnostic.

§ Ier. — *Forme, direction, volume.*

Un grand nombre d'affections chirurgicales se décèlent par des changemens dans la forme, la direction, le volume des parties malades; aussi ces changemens éclairent-ils souvent le diagnostic. Les luxations, les fractures, sont caractérisées par la déformation au voisinage de la lésion, l'inclinaison du membre dans un sens, l'augmentation de certaines saillies naturelles, la diminution de quelques autres. Une dépression dans laquelle le doigt s'enfonce indique la fracture de l'olécrâne, la rupture du tendon d'Achille. La forme globuleuse, piriforme, pédiculée, acuminée, d'une tumeur herniaire, d'une

hydrocèle, d'un kyste, d'un abcès, sert à déterminer la nature de ces maladies. Le volume et la forme du pénis tiraillé par le malade conduisent au diagnostic d'une affection calculeuse. L'affaissement de l'œil, à la suite d'une plaie, indique la pénétration ; l'atrophie du même organe se lie à l'amaurose ; celle du membre inférieur, à la tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale.

§ II. *Consistance.*

La consistance est un symptôme fécond en notions diagnostiques ; si nous voulions passer en revue les maladies dans lesquelles la consistance des parties est altérée, il nous faudrait évoquer ici la presque totalité des affections chirurgicales ; fractures, luxations, engorgemens inflammatoires, aigus ou chroniques, abcès, anévrismes, hernies, hydrocèles, etc. ; et d'une autre part, quelle infinie variété dans la forme que peut revêtir ce symptôme, depuis la dureté d'une exostose jusqu'à la mollesse d'un abcès arrivé à sa période de maturité ! Ce n'est pas tout : il est un grand nombre de tumeurs qui passent successivement par divers degrés de dureté ou de ramollissement, et pour lesquelles ces changemens et l'ordre dans lequel ils se succèdent deviennent un signe d'une grande valeur. On voit se ramollir chaque jour un engorgement inflammatoire qui tend à la suppuration, tandis qu'un anévrisme d'abord souple et fluctuant devient progressivement résistant et compacte.

§ III. *Œdème.*

L'œdème peut constituer par lui-même une maladie; mais, dans quelques circonstances, il est purement symptomatique, et c'est alors qu'il tombe dans le domaine du diagnostic. Quelquefois, loin d'éclairer la nature d'une maladie, il l'obscurcit en en masquant les principaux symptômes; mais il n'en est pas toujours ainsi: on sait que l'empâtement œdémateux des tégumens du crâne instruisit Dionis sur la nature et le siége d'une fracture. La physiologie démontre que les obstacles à la circulation entravent l'absorption, et déterminent dans les parties la stase et l'accumulation des liquides séreux; la présence de ce phénomène, surtout s'il a son siége aux membres, ne devra donc pas être négligée; elle aidera le chirurgien à rencontrer la source du mal, et dirigera ses recherches sur l'état des principaux vaisseaux artériels ou veineux, du tissu cellulaire qui les enveloppe, des organes qui leur confinent, etc. Dans les suppurations profondes l'œdème est un symptôme d'autant plus précieux que dans ces cas les signes sont obscurs et en petit nombre.

§ IV. *Emphysème.*

L'emphysème, envisagé comme signe des maladies chirurgicales, mérite de nous arrêter quelques

instans. On le rencontre dans les plaies de poitrine, du cou, des sinus frontaux, les fractures des côtes, des os du nez; on l'a vue se manifester à la suite d'une plaie du canal intestinal (Blandin). Dans les cas que je viens de citer, l'emphysème reconnaît pour cause immédiate une communication établie entre les mailles du tissu cellulaire et des cavités naturelles pleines d'air ou de gaz. Nous y ajouterons les emphysèmes produits volontairement dans le but de simuler certaines maladies, tel est l'emphysème par insufflation d'air dans le tissu cellulaire du scrotum, l'insufflation par une éraillure de la muqueuse buccale. D'autres fois, les gaz se développent dans l'intérieur de nos tissus, comme dans la gangrène, les contusions violentes, certaines fractures compliquées; tel était peut-être cet emphysème extraordinaire qui succéda à une réduction de luxation de l'humérus opérée par Desault.

§ V. — *Température.*

Au nombre des phénomènes de plusieurs affections chirurgicales, on peut citer les modifications survenues dans la température: ces modifications sont générales ou locales; l'appréciation des premières fournit plus habituellement aux médecins qu'aux chirurgiens des élémens de diagnostic. Il est une circonstance, cependant, où les sensations de température éprouvées par le malade ont une signification importante: nous voulons parler des cas dans

lesquels il se manifeste des frissons. Les frissons, survenus quand existe une phlegmasie aiguë susceptible de se terminer par une suppuration, annoncent à peu près certainement la sécrétion du pus; un ou plusieurs frissons violens, éprouvés par un individu atteint d'une plaie en suppuration, dénotent presque infailliblement l'invasion des accidens qui ont été attribués à l'altération du sang par le pus. Le frisson, qui marque le début de la fièvre traumatique, diffère des précédens en ce qu'il est unique. Par la périodicité de leur retour, les frissons de la fièvre intermittente se distinguent de ceux dont nous parlons et qui sont essentiellement irréguliers.

Quant aux modifications survenues dans la température locale, elles permettent de séparer tout d'abord en deux grandes classes la plupart des tumeurs sous-cutanées : les unes, telles que le phlegmon, l'anthrax, le furoncle, etc., se présentent toujours avec un accroissement de la chaleur de la peau; les autres, beaucoup plus nombreuses, telles que l'abcès froid, celui par congestion, l'anévrysme, le cancer, la hernie, les kystes, les lipômes, etc., se développent ordinairement sans changement de température des tégumens externes. L'abaissement local de température peut s'observer dans les lésions des nerfs ou des vaisseaux, à la suite de violentes contusions; la cessation entière de la calorification est un symptôme de gangrène. Le refroidissement n'aurait plus la même valeur diagnostique,

si les parties avaient été exposées à une température très-basse.

§ VI. — *Attitude.*

L'attitude du malade peut entrer comme élément dans le diagnostic de certaines affections. Tous les chirurgiens ont remarqué l'attitude que prennent instinctivement les individus atteints du mal de Pott. L'affection occupe-t-elle la région cervicale, surtout chez un enfant, on le voit soutenir sa tête entre les deux épaules fortement élevées, ou l'appuyer sur une seule, si la maladie a fait plus de progrès d'un côté que de l'autre. Siége-t-elle dans les régions dorsales ou lombaires, on sait par quel artifice le malade transmet au bassin le poids des parties supérieures du tronc. Desault a souvent reconnu une fracture de la clavicule, d'après l'attitude du malade qui entrait dans son amphithéâtre. Dans les diverses espèces d'empyèmes, le décubitus varie suivant que l'épanchement occupe une seule ou les deux cavités pleurales. L'explication physiologique de ces phénomènes jusque-là mal interprétés a été présentée par M. le professeur Richerand d'une manière aussi simple que judicieuse.

Il est quelques lésions qui peuvent être soupçonnées d'après l'aspect que présentent certaines parties du corps : c'est la dépression de la paroi antérieure de l'abdomen qui a fait reconnaître à Percy une rupture du diaphragme; le *facies*, dans la pé-

ritonite, est marqué d'un cachet particulier ; le visage revêt, dans les plaies du diaphragme, un aspect propre qu'on a désigné sous le nom de rire sardonique.

§ VII. *Digestion.*

Déglutition. Les changemens qui surviennent dans l'acte de la déglutition sont tantôt l'indice d'une lésion des centres nerveux, tantôt la conséquence d'une affection d'un ou plusieurs des nombreux organes qui entrent dans la composition de l'appareil complexe, au moyen duquel cet acte s'accomplit. Que la luette trop prolongée tombe sur la base de la langue, elle y détermine un sentiment de titillation, qui cause secondairement le soulèvement du pharynx ; qu'un corps étranger s'arrête dans le conduit œsophagien, son séjour dans ce lieu entraîne un trouble de la fonction, qui varie entre la simple gène et l'empêchement absolu. La compression et le rétrécissement de l'œsophage par une tumeur développée à son voisinage ou dans l'épaisseur même de ses parois, sont souvent annoncés par la régurgitation des alimens.

La faim, éclaire quelquefois sur les altérations du canal intestinal ; un appétit excessif, dans un cas d'anus contre nature, apprend que la maladie siége dans le commencement du tube digestif.

Les nausées, *les rapports*, dépendent en général d'un obstacle plus ou moins marqué au libre trajet

des matières contenues dans l'intestin, et deviennent de précieux indices dans le diagnostic des hernies.

Nous mentionnerons ici le *hoquet*, signe d'une valeur incontestable dans les plaies du diaphragme, les gangrènes, et surtout dans celles qui affectent les hernies; mais, dont il est permis de contester l'importance, si on veut, à l'exemple de J. L. Petit, trouver, dans l'époque de son apparition avant ou après le vomissement, un caractère différentiel de la cystocèle et de l'entérocèle étranglée.

Le vomissement se manifeste dans plusieurs lésions chirurgicales des organes abdominaux et de leur enveloppe commune. L'étranglement de l'intestin, de l'épiploon, de la vessie, du cordon spermatique, la néphrite calculeuse, nous présentent ce symptôme. Les vomissemens sanguinolens nous feront reconnaître une lésion traumatique de l'estomac; des vomissemens de matières stercorales font soupçonner au chirurgien que le cours de ces matières est interrompu dans l'intestin, soit par une hernie, soit par un corps étranger arrêté dans le canal intestinal, soit par une tumeur qui le comprime, etc. Le vomissement est un symptôme fréquent de la commotion cérébrale.

Les déjections peuvent en plusieurs circonstances instruire le chirurgien. Leur suppression, dans une hernie, indique l'étranglement ou l'engouement; elle peut indiquer surtout que l'étranglement persiste dans l'abdomen, malgré la réduction. Elle

établit la différence entre la fistule stercorale et l'anus contre nature; elle peut enfin éclairer la composition d'une tumeur formée dans l'abdomen.

Leur nature pourra souvent rendre raison de certains accidens. Elles seront dans les plaies des intestins parfois sanguinolentes; elles le seront souvent dans les hémorrhoïdes, le cancer du rectum. Enfin, leur disposition et leur forme indiqueront un retrécissement organique ou une compression de l'extrémité inférieure de l'intestin.

§ VIII. *Respiration.*

C'est principalement comme signe d'affection traumatique du cerveau, que les chirurgiens ont étudié les modifications que la respiration peut éprouver; et c'est à ce titre que je dirai un mot de la respiration stertoreuse. Cette modification du bruit respiratoire nous paraît due à ce que le voile du palais paralysé obéit à l'impulsion que lui communique la colonne d'air attirée dans la poitrine ou expulsée de cette cavité. Il ne faut pas la confondre, ainsi qu'on le fait tous les jours, avec la respiration bruyante, qui n'est autre chose qu'une exagération du bruit qui se produit naturellement lors du passage de l'air, ou avec le râle trachéal, résultant du bouillonnement que produit l'air, en traversant du mucus, du sang accumulé dans les voies aériennes, le pharynx.

Les collections purulentes dans la plèvre, l'em-

pyème traumatique, les corps étrangers dans les voies aériennes ou la partie supérieure de l'œsophage, le gonflement des amygdales, certaines plaies de cou, diverses tumeurs de cette région; les fractures du côté troublent plus ou moins les phénomènes de la respiration.

La *voix* est altérée dans un certain nombre d'affections chirurgicales, et ses lésions peuvent servir à déterminer le siége ou la nature de la maladie. Elle est abolie dans quelques plaies faites au-dessous de la glotte; elle est ordinairement altérée dans les ulcérations des cordes vocales; lorsqu'un corps étranger, une fausse membrane, existent dans la trachée artère, ou compriment le tuyau vocal; lorsqu'un polype, une tuméfaction des amygdales obstruent le larynx, les fosses nasales ou l'isthme du gosier.

La *toux*, phénomène presque inséparable de l'irritation de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire, est un des symptômes des plaies du conduit aérien ou de la présence d'un corps étranger, qui s'est engagé dans le larynx ou arrêté sur son orifice. Ce phénomène devient utile au diagnostic d'une autre façon; car, le malade pouvant à son gré produire la toux, le chirurgien l'emploie pour s'éclairer sur la nature et le siége des tumeurs qui, comme les hernies, les abcès par congestion, sont déplacées par la contraction des parois abdominales.

§ IX. *Circulation.*

Les ressources que l'appareil de la circulation offrent au chirurgien, sous le rapport du diagnostic, sont nombreuses et intéressantes. Nous nous attacherons à deux faits principaux; les pulsations et l'écoulement du sang.

Les *Pulsations* n'appartiennent pas aux artères seules; on sait qu'elles ont été rencontrées dans tout le système veineux superficiel, et qu'il n'est pas rare de les percevoir dans la région du cou; mais ces pulsations veineuses, qui en médecine ont une certaine valeur, deviendraient en chirurgie, plutôt des causes d'incertitude ou d'erreur que des élémens de diagnostic. Les pulsations artérielles, au contraire, outre les notions qu'elles fournissent au médecin comme au chirurgien sur l'état de la circulation générale, présentent encore à ce dernier des indications spéciales et très précises. Les battemens forment le caractère le plus saillant des tumeurs anévrismales. Le pouls s'affaisse rapidement dans plusieurs circonstances, telles que la gangrène qui s'empare d'une hernie, la perte d'une quantité considérable de sang; on conçoit l'importance qu'acquiert ce signe, lorsque l'hémorrhagie se fait dans une cavité intérieure, comme le ventre, le canal intestinal, etc. La petitesse, la faiblesse et la vitesse excessive du pouls sont souvent, à la suite d'une opération de hernie, les premiers symptômes

par lesquels le chirurgien est averti du développement de la péritonite. Dans une commotion cérébrale, le pouls est, en quelque sorte, la mesure à l'aide de laquelle on apprécie l'intensité des accidens. L'affaiblissement des battemens dans les artères de l'extrémité d'un membre, dénote une altération variable, inflammation, ossification, oblitération, etc., qui peut siéger, soit dans ces artères elles-mêmes, soit dans les gros troncs. Ce phénomène peut se rattacher aussi à la compression des vaisseaux, par des tumeurs développées dans leur voisinage.

Nous pensons devoir mentionner ici quelques phénomènes dont le diagnostic chirurgical reçoit des lumières, et qui ont avec la circulation des relations intimes; ainsi, les soulèvemens des encéphalocèles et des fongus de la dure-mère; le mouvement d'expansion des tumeurs érectiles.

Les *écoulemens sanguins* se font soit par une plaie, soit par la surface d'une muqueuse. Le sang est-il vermeil, spumeux, s'échappe-t-il d'une plaie par jets saccadés, etc. vous prononcerez qu'il y a une lésion artérielle. Si le sang est noir, s'il s'écoule par un jet continu, il provient d'un vaisseau veineux. Il faut cependant se rappeler qu'un jet de sang vermeil et saccadé peut, ainsi que nous en citerons plus bas des observations, avoir lieu, alors qu'il n'y a qu'une veine blessée; et que le sang peut sortir noir et uniformément d'une plaie artérielle. L'hémoptysie, l'hématurie, l'écoulement de sang

par le conduit auditif, indiquent une lésion du poumon, des reins, une fracture du rocher; les hémorrhagies utérines nous font soupçonner un polype, une lésion organique de l'utérus. Enfin, si nous voyons une tumeur ulcérée fournir des hémorrhagies abondantes, en nappe et quelquefois en jet, on devra croire qu'il s'agit d'une tumeur encéphaloïde. plutôt que d'une tumeur squirrheuse.

§ X. *Humeurs normales, ou morbides.*

La présence ou l'absence de ces humeurs, les changemens qu'elles subissent, soit dans leurs cours, soit dans leur quantité, soit dans leurs qualités, fournissent des notions utiles et d'une application fréquente.

La diminution ou la suppression des humeurs indiquent soit une inflammation des organes ou des surfaces qui les produisent, et par suite le défaut de sécrétion, soit l'obstruction des conduits excréteurs par une cause quelconque, corps étrangers, calculs, caillots, maladie des organes voisins, etc., soit une altération des forces en vertu desquelles les produits circulent dans leurs conduits naturels; c'est ainsi qu'un calcul salivaire, engagé dans le conduit de Warthon, empêche le liquide sécrété par la glande sous-maxillaire d'arriver dans la bouche; que l'absence des urines fait présumer ou leur suppression, ou un obstacle à leurs cours, ou une paralysie de la vessie, etc.

L'issue par une voie qui ne leur est point ordinaire prouve un changement dans les conditions des organes qui les renferment habituellement; l'écoulement de la synovie décèle l'ouverture d'une articulation ou d'une bourse muqueuse; l'issue de la bile par une plaie, annonce la pénétration dans les voies biliaires. L'issue du chyme, des mucosités intestinales ne dénote pas seulement une plaie pénétrante du canal intestinal; elle apprend quel est l'organe blessé : l'estomac, le commencement de l'intestin grêle, le reste des intestins. La sortie des urines par le rectum, par le vagin, est la conséquence de la fistule recto-vésicale, vésico ou urétro-vaginale.

L'abondance des produits de sécrétion doit être prise en considération : l'abondance des urines est un des caractères du diabète. La quantité de la salive qui s'écoule par une fistule parotidienne jette quelque jour sur son siége précis, car l'écoulement sera peu abondant si la fistule aboutit à la glande; il le sera davantage, si elle provient du conduit de Sténon.

Les changemens qu'éprouvent dans leurs qualités les humeurs normales correspondent en général à des altérations plus ou moins profondes des organes sécréteurs ou des voies excrétoires. Ces modifications dépendent, dans beaucoup de cas, de la sécrétion ou du mélange inaccoutumé de certaines matières, telles que le sang ou le pus. L'expectoration

de mucosité sanguinolente et spumeuse sert à reconnaître une plaie du conduit aérien ou la présence d'un corps étranger, rugueux, irrégulier. L'écoulement par la vulve de mucosités sanguinolentes, de fleurs blanches est trop souvent déterminé par une affection chirurgicale du vagin ou de l'utérus pour que le chirurgien ne soit pas autorisé, sur ce seul symptôme, à préjuger quelqu'une de ces affections, à surmonter la répugnance des malades, et à procéder à un examen plus approfondi. Le mucus puriforme qui sort par l'urètre, lorsque les symptômes de la blennorrhagie aiguë ont déjà depuis long-temps disparu, dénote souvent un rétrécissement de l'urètre.

Les urines mêlées de sang, laissant déposer au fond du vase une matière visqueuse, tenace, purulente, pulvérulente ou graveleuse, sont consultées avec avantage dans le diagnostic des plaies et des affections calculeuses, catarrhales, inflammatoires de l'appareil urinaire.

Les sueurs fournissent peu de choses au diagnostic chirurgical; toutefois, nous ne devons pas passer sous silence l'odeur urineuse de la transpiration cutanée, qui peut être considérée comme un indice de la rétention d'urine.

D'autres humeurs encore, en se faisant jour au dehors, peuvent dévoiler la nature de la maladie. Si l'ensemble des signes propres au testicule tuber-

culeux pouvait laisser le chirurgien dans l'incertitude, toute espèce de doute devrait disparaître de son esprit au moment où l'ulcération met en quelque sorte la maladie sous ses yeux. Nous ne devons point omettre le dépôt d'un liquide tantôt clair et limpide, tantôt jaunâtre, brun, opaque au-dessous de l'épiderme; liquide qui, en soulevant cette pellicule, détermine la formation des phlyctènes, dont la présence éclaire le diagnostic de quelques degrés de la brûlure, des contusions, annonce le développement de la gangrène, etc.

Mais, parmi les produits morbides versés à l'extérieur, il en est peu qui offrent autant d'intérêt que la matière purulente. Celle-ci présente des caractères qui varient suivant certaines circonstances, telles que le tissu qui l'a fournie, la nature et le degré de la maladie dont ce tissu est affecté, l'état général du malade. Bien que ces différences nous paraissent avoir été quelquefois exagérées, nous pensons que le pus présente parfois des modifications qui sont de nature à éclairer le diagnostic. Que le chirurgien, par exemple, trouve les linges qui ont servi au malade, imprégnés d'un pus ténu, séreux, roussâtre, fétide, il sera autorisé à penser qu'il s'agit d'une maladie du tissu osseux, et spécialement de la carie; si le pus contenait quelques parcelles osseuses, il n'y aurait aucun doute possible. Un pus chargé de lambeaux membraniformes, de débris putréfiés, annonce la désorganisation du tissu cellulaire. Le pus séreux, floconneux, indique souvent un abcès

scrophuleux; il est visqueux, verdâtre dans les abcès vénériens.

L'inspection des matières sécrétées à la surface d'une plaie permet d'indiquer avec une certaine précision la période à laquelle elle est arrivée : dans les premiers momens, le liquide qu'elle fournit est séro-sanguinolent, puis séreux; elle se recouvre ensuite d'une couche grisâtre, friable, qui est remplacée par une sanie purulente plutôt que par un véritable pus; celui-ci paraît enfin avec sa couleur jaunâtre, sa consistance crémeuse; et le produit redevient encore fluide dans les derniers temps de la cicatrisation. Le ramollissement de la surface de la plaie et la couche couenneuse, dont elle se recouvre, forment des caractères importans de la pourriture d'hôpital.

La quantité du pus doit être prise en considération : qu'un abcès s'ouvre et qu'il s'en échappe un flot de pus disproportionné avec le volume de la tumeur, le chirurgien aura la presque certitude que cet abcès n'est point borné là où il proémine; mais qu'il provient soit d'un os plus ou moins éloigné, soit de la profondeur du membre, etc. Enfin, la suppression de la suppuration à la surface d'une large plaie, phénomène auquel les chirurgiens ont, avec tant de raison, attaché une grande importance, se lie au développement de cette terrible complication des maladies chirurgicales qu'on appelle la résorption purulente.

§ XI. *Fonctions intellectuelles et sensoriales.*

Les lésions de l'intelligence fournissent des documens utiles pour le diagnostic des maladies chirurgicales de l'encéphale, et probablement ces données deviendront plus précises encore, si la physiologie parvient à nous faire connaître les fonctions des différentes parties de cet organe. Ces lésions sont l'affaiblissement, l'anéantissement ou la perversion des fonctions intellectuelles; leur nature et leur degré permettent de supposer l'étendue ou l'intensité de la commotion, de la compression ou de la contusion de la pulpe cérébrale; elles peuvent également indiquer l'inflammation des méninges.

Les lésions des fonctions sensoriales ont aussi leur valeur; tantôt ces lésions annoncent une affection des centres nerveux; tantôt elles annoncent seulement une maladie des nerfs qui en naissent. La lésion de la sensibilité, quand elle est partielle, dépend ordinairement d'une maladie des nerfs; tandis qu'une lésion étendue, une hémiplégie, une paraplégie est le signe probable d'une maladie de l'axe cérébro-spinal; mais, comme presque toujours, dans ces derniers cas, la paralysie du sentiment est liée à celle du mouvement, nous renvoyons à l'article qui traite de cette fonction.

Nous n'abandonnerons pas ce sujet sans rappeler les exemples peu nombreux rapportés par Petit de Namur et Lapeyronie, et dans lesquels l'exaltation

générale de la sensibilité a paru dépendre d'une blessure du cervelet.

Il est une dernière classe de sensations qui peuvent être utiles au chirurgien, pour l'éclairer sur le diagnostic de certaines maladies obscures : c'est ainsi que, dans la fracture du crâne, le bruit de pot cassé; le craquement, dans les fractures des membres; le coup de fouet, dans la rupture du plantaire grêle; la sensation particulière qu'éprouve, au moment de la déglutition des liquides, l'individu atteint d'une rupture de l'œsophage, ont mis plus d'une fois le chirurgien sur la voie de la véritable lésion.

§ XII. *Douleur.*

Il est rare qu'une maladie existe sans douleur, et souvent c'est le seul symptôme qu'elle présente; c'est, ainsi qu'on l'a dit, le cri des organes en souffrance. En l'envisageant dans ses rapports avec les maladies chirurgicales, on voit qu'une douleur intense se fait ordinairement sentir dans les tumeurs à marche rapide; qu'elle est sourde ou profonde dans celles dont la marche est chronique. Dans certaines tumeurs, la douleur n'a jamais existé : ce symptôme négatif est un de ceux qui aident à reconnaître un abcès par congestion, un lipôme, une tanne. La nature de la douleur fournit des indications plus précieuses encore : ainsi, des douleurs aiguës, pongitives, suivies de douleurs gravatives qui elles-mêmes finissent par disparaître, annoncent

presque certainement un travail de suppuration; des douleurs lancinantes, un cancer; des douleurs ostéocopes, une périostose ou une exostose syphilitique; des douleurs brûlantes à l'anus, une fissure de cette partie. Le début d'un grand nombre de tumeurs blanches est marqué par la douleur, etc.. Leur succession, leur durée, l'époque de leur apparition, le lieu où elles se manifestent, ne sont pas sans importance. Les médecins, comme les chirurgiens, ont noté que des douleurs nocturnes indiquent presque toujours une affection vénérienne; que celles qui reviennent irrégulièrement, et sans cause connue, appartiennent aux maladies cancéreuses.

Relativement *au lieu*, c'est tantôt, et le plus souvent près du mal, tantôt plus ou moins loin, que la douleur se fait sentir : les calculs rénaux produisent de la douleur dans l'aine ou le scrotum ; le symptôme le plus constant peut-être de la coxarthrocace est la douleur au genou.

§ XIII. *Lésions du mouvement.*

Les fonctions des muscles peuvent être perverties, affaiblies ou perdues complètement. La diminution de la myotilité ou son abolition complète nous font quelquefois diagnostiquer avec une grande précision les lésions traumatiques des nerfs ou des centres nerveux; la paralysie du deltoïde, à la suite d'une luxation de l'humérus, indique une lésion du nerf

circonflexe ; la paralysie de la paupière supérieure avec renversement du globe oculaire en haut et en dehors, décèle une lésion de la troisième paire ; la paralysie des extenseurs des doigts, dans un cas de plaie du bras, annonce sûrement la division du nerf radial.

Quant à la valeur de la paralysie comme moyen de diagnostic des maladies des centres nerveux, elle a été reconnue dès le plus haute antiquité. L'action croisée des lobes cérébraux est établie aujourd'hui sur un si grand nombre d'observations qu'il en faut faire la règle ; laissant dans l'exception les cas contraires qui ont été publiés à cette occasion. Ainsi, l'hémiplégie est un signe important de diagnostic dans les cas de compression du cerveau par du sang, du pus ou une esquille ; il ne faut pas oublier toutefois que d'autres lésions traumatiques du cerveau peuvent aussi déterminer cette hémiplégie. La paraplégie appartient plus particulièrement aux lésions de la moelle épinière.

La perte du mouvement peut encore faire reconnaître une lésion musculaire, la section, l'adhérence d'un tendon. Elle peut aussi indiquer l'oblitération de l'artère principale d'un membre.

A la perversion des mouvemens se rattachent les convulsions cloniques et toniques. Les premières se présentent assez souvent dans les lésions traumatiques du cerveau; les secondes s'observent dans le tétanos.

SECTION TROISIÈME.

DE L'APPLICATION DES SENS A LA RECHERCHE DES SIGNES DES MALADIES CHIRURGICALES.

S'il est vrai qu'un des caractères distinctifs des maladies chirurgicales soit d'être plus accessibles aux sens que les affections internes, on comprendra toute l'importance de cette partie de notre sujet : aussi, nous croyons ne pouvoir donner trop d'attention aux développemens qu'elle comporte. Pour se livrer à cette exploration, il est quelques préceptes généraux à observer. Si quelqu'un trouvait trop minutieux les détails dans lesquels nous allons entrer, nous lui répondrions par la phrase de J. L. Petit : « *Les moindres choses, quand il s'agit de la vie des* » *hommes, tirent à conséquence.* » (Malad. chirurg. t. III, p. 114.)

1° Quelle que soit la région du corps où siége le mal, il convient en général de le faire découvrir entièrement.

2° Si c'est une partie latérale du corps, il est souvent utile de découvrir simultanément le côté opposé.

3° Si l'air est très-froid, si le malade est atteint d'une blessure grave, etc., il faut avoir soin de ne découvrir que la partie qui a besoin d'être explorée: on ne saurait apporter trop d'attention à ce précepte dont la négligence a entraîné la perte de plus d'un

malade. Dans les autres circonstances, il n'y aura pas d'inconvénient à découvrir entièrement le malade; il sera même quelquefois utile de le faire, afin d'apprécier sa force, son embonpoint, sa stature, et des lésions antérieures, telles que : des cicatrices de bubon suppuré, d'abcès scrofuleux, la privation d'un membre, d'un doigt, d'une phalange, etc.

4°. S'il existe quelqu'affection épidémique, telle que la pourriture d'hôpital, et qu'il s'agisse d'une solution de continuité, il faudra, ainsi que dans les circonstances précédentes, faire aussi rapidement que possible l'examen des parties malades.

5°. Il faut donner à la région que l'on explore et à l'individu tout entier certaines positions, afin de tendre ou de relâcher les parties; il faut parfois changer cette position, engager le malade à faire des mouvemens, des efforts; l'examiner alternativement couché, assis, debout, etc.

6°. En explorant une région, le chirurgien ne doit pas ignorer que souvent la lésion qui s'y rencontre est liée à une autre plus ou moins éloignée, dont elle est la cause ou l'effet; ce qui le conduit à faire des recherches extrêmement importantes pour le diagnostic : des exemples vont en établir la preuve. Une tumeur cancéreuse existe dans un point : le diagnostic ne sera pas complet, si l'on a omis d'explorer des régions où se trouvent les ganglions lymphatiques dans lesquels se jettent les vaisseaux qui proviennent de la partie malade; une

tumeur molle existe dans l'aine, sa cause est une carie du rachis qui a entraîné une gibbosité : le diagnostic serait-il complet, si l'on n'avait examiné que l'une ou l'autre de ces régions? C'est une écorchure au coude ou à la main qui, dans un cas de luxation de l'épaule rendu douteux par un gonflement considérable, est prise en considération par le chirurgien, pour confirmer les présomptions de son diagnostic, etc.

7°. Enfin, les investigations sont parfois rendues plus parfaites à l'aide d'instrumens qui accroissent l'intensité des impressions perçues par les organes des sens, ou qui permettent de faire des recherches dans les parties du corps vers lesquelles le sens explorateur, seul, n'aurait pu étendre son investigation. Ainsi, la loupe, les lacs; les tiges graduées, droites ou courbes; les sondes, les aiguilles, les stylets, les bougies à empreinte, les différentes espèces de spéculum, le trois quarts, etc., sont des instrumens auxquels la chirurgie, bien plus souvent que la médecine, a recours pour rendre le diagnostic plus précis.

Dans cet exposé des services rendus par les organes des sens à la science du diagnostic, nous allons commencer par les sens qui, comme le goût et l'odorat, ont des applications très restreintes, et nous terminerons par les plus importans.

§ Ier. — *Sens du goût.*

Le sens du goût est, de tous, celui qui fournit les notions les moins étendues à la science du diagnostic des maladies chirurgicales. Ce n'est pas que, dans plusieurs affections accompagnées de l'écoulement de liquides, de nature variée, la gustation de ces liquides ne pût donner des idées assez précises sur la nature de la maladie; mais, outre le dégoût qu'inspire ce mode d'exploration (dégoût qui, si le cas l'exigeait, ne devrait pas arrêter le chirurgien), il faut avouer que la plupart des notions qu'il procure seraient de peu d'utilité, puisque, dans les mêmes circonstances, les autres sens, et notamment l'odorat et la vue, suffisent pour éclairer ce diagnostic. A quoi bon constater, par ce sens, qu'une partie gangrénée a un goût d'une âcreté prolongée, ainsi que Valsalva s'en est assuré; quand la gangrène des parties externes est si aisée à diagnostiquer?

On en peut dire autant à l'occasion du liquide urinaire, de la bile, des matières stercorales, etc. Le diabéte est peut être la seule maladie chirurgicale où le sens du goût rivalise avec les autres par la précision qu'il donne au diagnostic. Je ne dois pas cependant passer sous silence une observation rapportée dans les Mémoires de l'Académie d. . hirurgie, et dans laquelle la dégustation d'un liquide qui s'écoulait d'une plaie de l'abdomen fit juger à Petit que c'était une fistule biliaire.

§ II. *Sens de l'odorat.*

Les maladies chirurgicales, étant pour la plupart superficielles ou donnant lieu à des productions hétérogènes qui sont versées à la surface du corps, le sens de l'odorat peut enseigner à les distinguer les unes des autres.

Une ouverture fistuleuse existe sur un point quelconque de l'abdomen, il s'en écoule une liqueur transparente, jaunâtre, exhalant une odeur urineuse; à ce seul caractère nous reconnaissons une fistule, dont l'extrémité profonde aboutit à quelque point de l'appareil urinaire. Un individu reçoit une blessure qui intéresse les parois du ventre; quelque temps après, on voit sortir par la plaie un liquide ayant l'odeur des matières stercorales : cela indique que le tube digestif est intéressé. Lorsqu'après avoir ouvert un abcès de la fesse, à quelque distance de l'anus, le chirurgien constate que le pus qui s'écoule offre l'odeur stercorale, il est en droit d'en conclure que le foyer a son origine au voisinage du rectum, sinon dans la cavité même de l'intestin. L'odeur extrêmement fétide que répand le pus d'un abcès de la partie supérieure latérale du cou, dénote que le foyer était profond; car, c'est au voisinage de la paroi latérale du pharynx que l'humeur renfermée dans ce foyer a contracté une odeur aussi infecte.

Dupuytren insistait beaucoup sur l'odeur excessi-

vement fétide des abcès provenant d'une carie vertébrale ; il la comparait à l'odeur des eaux de macération. La gangrène, surtout celle qui se développe dans les parois de la bouche chez les enfans, est accompagnée d'une odeur tellement caractéristique que ce signe ferait à lui seul reconnaître la maladie.

Le cancer, suivant quelques auteurs, se distingue par l'odeur *suî generis* que répand la matière ichoreuse qui s'écoule de la surface des parties ulcérées ; cette assertion paraîtra sans doute un peu hasardée. J'en dirai autant de l'odeur aigre qui, suivant d'autres, caractérise le pus scrophuleux.

§ III. *Sens de l'ouïe.*

Soit que l'on applique l'oreille nue ou aidée d'instrumens à la surface du corps, soit que l'on percute les parties immédiatement, ou en interposant un corps étranger aux doigts et à la peau, soit enfin que, se tenant à distance, l'observateur perçoive le bruit de certains chocs, de certains frottemens; il peut y avoir, dans toutes ces circonstances, des élémens nombreux et précis de diagnostic. Nous devons avouer que le chirurgien a ici beaucoup emprunté à la médecine, et que plusieurs des explorations dont nous allons parler ont d'abord été mises en pratique, pour reconnaître l'existence des maladies internes.

Le sens de l'ouïe peut être employé pour reconnaître un calcul urinaire, un corps étranger, une

fracture, une maladie de l'abdomen ou de la poitrine, l'emphysème, un anévrisme, une tumeur érectile, une nécrose, une dénudation d'un os, une inflammation du péritoine, une hernie, une perforation des voies respiratoires ou circulatoires.

De tous les signes auxquels on reconnaît l'existence d'un calcul urinaire, le bruit que produit le choc d'un corps métallique sur la pierre, et qui est nettement perçu par l'oreille, est celui auquel on peut accorder la plus grande confiance. L'erreur dans laquelle pourrait entraîner le choc de la sonde contre un bassin placé entre les cuisses du malade, ou contre une bague que le chirurgien porterait à son doigt, est trop facile à éviter pour altérer un instant la valeur de cette source de diagnostic.

Quant au bruit produit par le choc de la sonde contre des callosités, des matières fécales endurcies, ou un corps étranger renfermé dans le rectum, il n'a pas le plus souvent les caractères qui font reconnaître le calcul urinaire : on doit convenir cependant que ces bruits obscurs résultent aussi quelquefois du contact de la sonde avec certains calculs mous, enchatonnés, enkystés, ou recouverts d'un enduit muqueux plus ou moins épais.

Pour rendre les sons qui résultent de la collision d'un calcul vésical avec la sonde plus faciles à percevoir, on peut, suivant le conseil de M. Ashmead, distendre la vessie avec de l'air, en même temps que l'on place le stéthoscope sur la région hypogastrique.

Le sens de l'ouïe perçoit le bruit produit par la collision d'une sonde exploratrice contre un séquestre ou un os dénudé de son périoste, un corps étranger offrant une certaine compacité, tel qu'un fragment de pierre, d'os, une balle, etc.

Bien que la plupart des auteurs répètent presque à chaque page, en traitant du diagnostic des fractures : *on entend* la crépitation, ce n'est cependant pas une chose commune que d'*entendre* la crépitation; on perçoit le plus ordinairement, par l'application des doigts ou, mieux encore, de la main, une sensation de frottement âpre, rugueux; mais l'oreille distingue rarement le bruit qui résulte de la collision des fragmens. C'est dans le but de donner plus de précision à cette partie du diagnostic chirurgical, qu'on a proposé l'emploi du stéthoscope pour reconnaître certaines fractures.

La percussion d'une tumeur emphysémateuse fait entendre un son clair qui se distingue promptement de la matité des tumeurs formées par les solides ou les liquides.

Appliqué au diagnostic des anévrismes, le sens de l'ouïe fait reconnaître le bruit du souffle que chaque ondée sanguine détermine en passant de l'artère dans la tumeur, ou le bruissement particulier qui résulte du passage du sang artériel dans une veine, dans les cas d'anévrisme variqueux. C'est encore un bruit de souffle que présentent souvent les tumeurs érectiles, bruit qui devient plus prononcé, si la circulation est momentanément accélérée.

On a entendu ce bruit dans des tumeurs encéphaloïdes très-vasculaires.

Mais c'est surtout dans la recherche des maladies qui ont leur siége dans la poitrine ou dans l'abdomen, telles que l'empyème, les collections de liquides dans le médiastin antérieur, dans la cavité du péritoine ou dans des kystes, l'accumulation de matières stercorales dans le gros intestin, la distension des intestins par des gaz, etc., c'est, dis-je, dans ces cas que l'auscultation et la percussion fournissent des sources précieuses de diagnostic. Les préceptes pour ces modes d'exploration étant exposés dans les traités de pathologie générale, je ne crois pas devoir les reproduire ici. D'ailleurs, cela touche de plus près à la clinique médicale qu'à la chirurgie. Je ne passerai pas sous silence néanmoins l'importance de la percussion de l'hypogastre, dans le cas de rétention d'urine; le son mat obtenu au-dessus du pubis tenant le plus souvent à l'accumulation des urines dans la vessie.

Il est quelques autres maladies au diagnostic desquelles le sens de l'ouïe peut contribuer. C'est ainsi que le sifflement que produit l'air, en s'échappant d'une blessure du front, du cou, de la poitrine, d'une division spontanée ou traumatique des enveloppes de la hernie, annonce une plaie du sinus frontal, de la trachée, fait soupçonner une plaie du poumon, dénote une perforation intestinale, etc. Le même phénomène peut servir au diagnostic des fractures du crâne avec décollement de la dure-

mère. Un sifflement particulier qui se fait entendre, pendant une opération pratiquée dans certaines régions, accompagne la pénétration de l'air dans une veine divisée. Le sens de l'ouïe permettrait également de reconnaître le début d'une péritonite traumatique, si, comme M. Desprès a cherché à l'établir d'après quelques observations présentées à la société anatomique, cette période de la maladie est caractérisée par un bruit particulier, analogue à celui signalé par M. Reynaud dans la pleurésie.

§ IV. — *Sens de la vue.*

Employé au diagnostic des maladies chirurgicales, il l'emporte de beaucoup sur le goût, l'odorat et l'ouïe, et ne le cède peut-être qu'au toucher. Dans un ouvrage, en partie destiné aux artistes, mais où le chirurgien peut puiser des notions utiles, M. le professeur Gerdy a montré l'importance de l'étude de la forme extérieure du corps. Les contours naturels du tronc ou des membres ne peuvent être altérés sans qu'aussitôt le regard de l'observateur ne soit frappé de la déformation dont la partie malade est le siége : ainsi, du premier coup d'œil, le chirurgien apprécie la déformation des parties, qui résulte d'une fracture avec déplacement des fragmens, d'une luxation, de certaines altérations survenues lentement, telles que l'abaissement ou l'élévation de la hanche dans les maladies de l'articulation coxo-fémorale, la saillie anormale d'une ou plusieurs

apophyses épineuses, la saillie de l'œil chassé par une tumeur développée dans l'orbite, l'élargissement ou le rétrécissement d'une des moitiés de la poitrine.

Par le sens de la vue, l'on apprécie la couleur des parties, et de là encore une source précieuse de diagnostic, dans une foule de cas : ainsi, la teinte de la peau varie dans l'érysipèle, le phlegmon, l'anthrax, la pustule maligne, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ou veineux superficiels, les plaques syphilitiques, l'inflammation qui menace de se terminer par gangrène, les ecchymoses.

La couleur des cicatrices peut encore éclairer le diagnostic; il en est de même de certaines taches de la peau.

Il est, d'un autre part, une foule d'affections qui ne modifient en rien la coloration du tégument externe : une hernie non étranglée, un lipôme, par exemple. Il en est enfin qui laissent long-temps la peau incolore et finissent par lui donner une teinte rouge plus ou moins foncée : tels sont l'abcès froid simple, l'abcès par congestion, l'anévrisme. Pour peu qu'on veuille parcourir un traité de chirurgie, on reconnaîtra l'importance de cet examen : il est rare que, dans l'exposé des caractères d'une tumeur, on néglige de dire si elle est ou non avec changement de couleur à la peau.

La coloration est modifiée à toute la surface du corps chez quelques-uns des malades atteints de lésions organiques anciennes ou de phlébite : elle offre

parfois, dans ce dernier cas, une teinte ictérique qui pourrait faire croire à une affection du foie.

Relativement aux solutions de continuité, si c'est une division récente, la couleur des tissus divisés, leur texture sont encore appréciés par le sens de la vue; un muscle, un tendon, un nerf, l'intestin, sont bientôt reconnus; s'il y a une hémorrhagie, l'on voit couler le sang en nappe ou par un jet continu ou saccadé; on constate qu'il est noir, ou rouge et écumeux. Si la division est ancienne et étendue en surface, l'on reconnaît au volume et à la couleur des bourgeons vasculaires, si elle est ou non en bon état, si elle est atteinte de quelque complication, la pourriture d'hôpital, par exemple; la forme des bords d'un ulcère, l'aspect de son fond, apprennent promptement à quelle espèce il faut le rapporter. Si la division est très-ancienne et à ouverture étroite, si c'est une fistule en un mot, la couleur du liquide qui s'en écoule, sa quantité, la continuité ou l'intermittence de l'écoulement peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Il est des parties du corps qui échappent plus ou moins complètement à l'investigation des autres sens; celui de la vue s'exerce encore avec avantage. Par lui sont reconnus les ulcères du pharynx, quelques maladies des fosses nasales, du conduit auditif, du col de l'utérus, des différens milieux de l'œil, etc.

La lumière qui éclaire la partie malade est tantôt la lumière diffuse, c'est ce qui a lieu pour le plus grand nombre des maladies; tantôt la lumière so-

laire, c'est ce qui est le plus avantageux pour l'inspection du conduit auditif, des fosses nasales; tantôt la lumière artificielle; on l'emploie souvent pour faire l'inspection du pharynx, du col de l'utérus, du conduit auditif, etc. La lumière arrive presque toujours directement sur la partie que l'on observe; quelquefois, il faut la faire tomber sous plusieurs directions différentes, pour l'inspection de la cataracte, par exemple, afin d'apprécier, par la projection de l'ombre de l'iris sur le cristallin, les rapports de ces deux organes; tantôt enfin, on emploie la lumière réfléchie; ainsi, certains points de la bouche ou des dents sont mieux aperçus, en plaçant un petit miroir dans la cavité orale; le fond du conduit auditif est mieux éclairé, en faisant tomber sur lui les rayons lumineux rassemblés par une cuillère d'argent parfaitement polie.

Le sens de la vue peut encore nous faire reconnaître la mobilité dans une fracture arrivée à l'époque de la consolidation, surtout lorsque l'os fracturé est peu éloigné de la superficie du membre: dans les fractures de la jambe, on peut remarquer qu'il se forme des plis transversaux, au niveau de la solution de continuité, lorsqu'en fixant l'extrémité supérieure de la jambe au niveau des condyles du tibia, on soulève légèrement le talon; il ne faut pas oublier que, dans cette exploration, le chirurgien doit se tenir en garde contre une cause d'erreur, le refoulement des tégumens, soit par la main de l'aide

qui fixe le tibia, soit par la flexion du pied sur la jambe.

Les mouvemens dont une partie est le siége sont perçus par le sens de la vue. C'est en voyant une tumeur agitée de mouvemens isochrones à ceux du pouls que l'on reconnaît qu'elle a des connexions avec la portion artérielle du système circulatoire; on peut rendre cette sensation plus précise en mettant sur la partie la plus saillante de la peau une tache d'encre ou un peu de poudre. Les doubles mouvemens qui soulèvent quelques tumeurs de la tête apprennent qu'elles s'échappent à travers une ouverture de la boîte osseuse du crâne. C'est encore par le sens de là vue que le chirurgien reconnaît les mouvemens de l'iris, qui ont une si grande importance dans l'appréciation de plusieurs des maladies du globe oculaire.

Le sens de la vue, en faisant apprécier la translucidité ou la transparence des parties, conduit souvent à un diagnostic fort exact de la maladie. C'est par l'altération de là transparence des parties constituantes de l'œil que l'on reconnaît les taches de la cornée, l'hypopion, les exsudations plastiques qui remplissent les chambres de l'œil, l'opacité du cristallin, le glaucôme.

La translucidité d'une tumeur qui distend le scrotum, apprend que c'est une hydrocèle. Nous avons, par ce moyen d'exploration, reconnu un kyste séreux qui occupait l'épaisseur de la joue; kyste qui avait été pris par Dupuytren pour une tumeur érec-

tile ; nous avons diagnostiqué de la même manière, une tumeur enkystée qui siégeait à la partie inférieure latérale du cou ; une autre qui en occupait la partie moyenne et antérieure, et que des médecins avaient crue être le corps thyroïde hypertrophié ; deux autres qui avaient leur siége dans l'aisselle. C'est à l'aide de cette translucidité que l'on constate la nature des tumeurs qui s'observent dans les cas de spina-bifida avec hydrorachis, etc.

Le résultat précieux auquel conduit l'exploration d'une tumeur, dans le but d'en reconnaître la translucidité, nous engage à consacrer quelques développemens à ce sujet. L'inspection doit être faite dans un lieu obscur ; la tumeur elle-même sera rendue aussi saillante que possible, en pressant sur sa base ou son côté profond, comme si on voulait la faire sortir à travers les tégumens. Par cette pratique, elle se détache davantage des parties environnantes, de telle sorte qu'elle est traversée par un plus grand nombre de rayons lumineux, en même temps que la lumière en est approchée plus facilement. Il résulte de cette pratique un second avantage, c'est que les enveloppes de la tumeur deviennent plus minces par la distension qu'elles éprouvent, et par là même plus perméables aux rayons lumineux. Le milieu de la tumeur doit être surmonté par un corps opaque, soit la main, soit une lame de carton, afin d'intercepter le passage des rayons lumineux à son pourtour, de ne laisser arriver à l'œil de l'observateur que ceux qui la traversent, et d'en augmenter

par là l'intensité relative. La lumière artificielle doit être approchée d'un des côtés de la tumeur, aussi près que possible, c'est- à-dire à quelques lignes ou un demi-pouce au plus, en évitant de brûler le malade : la tumeur étant ainsi tendue, soulevée, environnée de prrties opaques, excepté sur deux faces opposées, et éclairée sur un de ses côtés; le chirurgien, placé de l'autre côté, reconnaît si elle est ou non translucide et, dans le premier cas, quel est son degré de translucidité. Si la translucidité existe très-évidente, cela démontre qu'un liquide transparent est renfermé dans la tumeur, et que les parois en sont peu épaisses : si la translucidité est moins parfaite, et que d'ailleurs les préceptes précédens aient été bien suivis, cela dénote, ou que le liquide est louche, ou que les parois ont une certaine épaisseur Si enfin la tumeur est opaque, c'est que le liquide qu'elle renferme est lui-même opaque, à moins que ses enveloppes ne soient très-épaisses, ou formées par des tissus imperméables aux rayons lumineux. Enfin, le défaut de translucidité peut faire soupçonner, dans le même cas, que la tumeur ne renferme pas de liquide. Mais, nous le répétons encore, si les préceptes tracés plus haut et dont quelques-uns sont tirés de notre expérience personnelle ne sont pas bien observés, on peut méconnaître la translucidité dans une tumeur où pourtant elle existe; c'est ainsi que nous avons vu quelquefois l'hydrocèle paraître obscure, parce qu'on tenait la lumière à quelque distance de la tumeur, ou

parce qu'on se bornait à la soulever, sans tendre la peau du scrotum à sa surface.

Cette méthode d'exploration, outre qu'elle apprend que la tumeur que l'on examine est formée par un liquide transparent, montre aussi, par l'inégalité de la translucidité de la masse totale, quelles sont les parties dans lesquelles rampent des vaisseaux un peu volumineux, quel est le lieu occupé par le testicule. Mais on aurait tort de s'attendre à voir une ombre aussi grosse que l'est l'organe lui-même, se dessiner sur la paroi opposée de la tumeur; on n'aperçoit qu'une lame un peu plus épaisse que les autres points du pourtour de la tumeur. Dupuytren a donné l'explication de ce phénomène, en faisant remarquer que les rayons lumineux, éprouvant à travers le liquide le phénomène de la diffraction, s'inclinent autour du testicule pour converger ensuite vers l'œil de l'observateur. L'ombre du testicule serait plus considérable, si cet organe était, par hasard, accolé à l'une des deux parois latérales de la tumeur, surtout à celle qui répond au chirurgien.

Il n'est pas toujours indifférent pour le diagnostic d'examiner les parties malades à la lumière diffuse ou à la lumière artificielle, à une lumière vive ou à une lumière faible, avec une direction perpendiculaire ou oblique des rayons lumineux : les taches jaunes de la peau qui résultent des ecchymoses cessent d'être visibles à la lumière artificielle; plusieurs maladies des yeux ne se peuvent bien voir qu'à un demi-jour; certains reflets de lumière peu-

vent en imposer pour des colorations, qui réellement n'existent pas, etc.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer montrent combien de notions importantes sont fournies au chirurgien par le sens de la vue. Ces notions ont un degré de précision que nous cherchons souvent en vain dans les autres moyens d'investigation. N'oublions pas toutefois qu'il ne suffit pas toujours de jeter les yeux sur une partie malade, pour la bien voir: les yeux comme les autres sens ont leur éducation, et tous les chirurgiens savent combien il est difficile de distinguer entre elles les diverses nuances d'opacité d'une cataracte commençante et d'une amaurose avec décoloration de la choroïde.

§ V. — *Sens du toucher.*

De tous les sens, celui qui fournit les renseignemens les plus nombreux, les plus variés, pour arriver à la connaissance des maladies chirurgicales, c'est, sans contredit, le toucher. Par lui, nous apprécions la température de la partie malade, sa sensibilité, sa consistance, sa forme, sa mobilité, son étendue, sa profondeur, les battemens, le frémissement, la crépitation; et, si l'on réfléchit qu'il est à peine quelque lésion dans laquelle il ne soit utile d'avoir des notions sur un ou plusieurs des états précédens, pour asseoir son diagnostic, on sentira combien est exacte la proposition précédente. On peut dire que le toucher est le sens chirurgical par

excellence, et l'on ne saurait exposer avec trop de détails la manière de le mettre en usage, pour obtenir les sensations précieuses à l'aide desquelles le chirurgien arrivera à la connaissance de la maladie.

L'application de la main sur la partie malade, suffit pour en faire percevoir la température. Cette première application permet déjà de reconnaître en partie l'intensité de l'inflammation, ou les approches de la gangrène. La diminution de la température, dans les cas de maladie inflammatoire, indique que la résolution s'opère ; son abaissement de plus en plus considérable, dans les cas où l'on redoute la gangrène, dénote cette fâcheuse terminaison : c'est avec une vive sollicitude que le chirurgien explore un membre dont il a lié l'artère principale ; le retour de la chaleur naturelle (qu'il ne faut pas confondre avec la chaleur artificielle, communiquée par des sachets de sable chaud ou autres, dont on environne le membre) annonce le rétablissement de la circulation.

Il est rare que, pour apprécier la température, le chirurgien ait recours à quelque moyen accessoire ; toutefois, c'est avec cet instrument que Dupuytren dit s'être assuré que la température d'une partie frappée de gangrène sénile s'abaisse au-dessous de la température des cadavres et de celle des milieux ambians. Le thermomètre a encore été employé pour juger du rétablissement de la circulation, après la ligature d'une artère.

Sensibilité. S'il y a plusieurs maladies dans les-

quelles la douleur est très prononcée, de telle sorte qu'il suffit du récit du malade pour la faire apprécier; il est bien d'autres cas dans lesquels il convient de se livrer à des pressions plus ou moins fortes pour la développer. Si l'affection est douloureuse par elle-même, le toucher accroîtra ou non les souffrances du malade; si elle est indolente, les pressions auxquelles on la soumet feront encore juger de son degré de sensibilité. Un engorgement non ulcéré du sein est le siége de douleurs lancinantes très vives que n'augmente pas la pression; il est problable que c'est un cancer : le testicule et l'épididyme distendus par plusieurs masses dures et arrondies ne sont nullement douloureux, la pression d'une partie souple et molle de la tumeur fait naître une souffrance semblable à celle qui résulterait d'une pareille compression du testicule du côté opposé; ce signe s'ajoute à ceux qui appartiennent déja au sarcocèle tuberculeux.

Consistance. Elle est assez facile à apprécier par le toucher, lorsque la maladie est superficielle; il n'en est pas de même lorsqu'elle est située profondément. Une dureté particulière caractérise les exostoses, les périostoses à leur début, le spina ventosa, les corps fibreux en partie ossifiés, etc... Une dureté moindre, mais considérable encore, appartient au corps fibreux, au squirrhe et aux tubercules à l'état crû; etc. Les doigts, par le degré de résistance qu'ils éprouvent de la part des parties comprimées, fournissent des notions assez précises sur la consistance des

tumeurs qui précèdent; mais, quand la masse à explorer offre de la mollesse, le moyen d'investigation doit être employé avec la plus parfaite attention et en se conformant à certaines règles qui rendent les sensations plus précises. Bien constater la fluctuation d'une tumeur pleine de liquides, la souplesse d'un lipôme, l'élasticité des tumeurs fongueuses; c'est faire beaucoup pour arriver à la connaissance de ces maladies. Donnons donc à cette partie du diagnostic les développemens qu'elle mérite.

L'on entend par sensation de *Fluctuation* celle qui résulte du déplacement brusque et rapide des couches de liquide dont la réunion constitue une collection plus ou moins considérable et circonscrite par une enveloppe commune : ce phénomène repose sur la propriété qu'ont les corps liquides d'être incompressibles. Pour faire naître la fluctuation et la percevoir, voici comment il faut s'y prendre : les doigts d'une main, la gauche, par exemple, sont posés à plat et par leur face pulmaire, sur un des côtés de la tumeur, sur laquelle ils exercent une compression modérée, uniforme; avec les doigts de l'autre main, le chirurgien frappe un coup sec et léger sur le côté opposé de la tumeur, et, à l'instant, une sensation particulière, un choc comme celui qui résulterait de la percussion faite avec une vessie pleine de liquide, est perçu par les doigts de la main gauche. Pour que cette sensation se développe, il faut que les parois de la tumeur soient molles, qu'elles ne soient pas trop fortement distendues,

que la collection de liquides soit assez considérable. Si les enveloppes dans lesquelles est renfermé le fluide sont osseuses, comme au crâne ou à la poitrine; si elles sont considérablement tendues, comme dans certaines hydrocèles, certaines hydropisies enkystées de l'ovaire; si la quantité de liquide est peu considérable, comme dans le plus grand nombre des abcès; le phénomène de la fluctuation sera complètement nul ou fort obscur.

Il est une autre sensation que fait naître le toucher des collections de liquides et que l'on désigne, bien à tort, sous le nom de sensation de la fluctuation; car cette sensation n'est plus la même que la précédente et elle ne s'obtient pas de la même manière. Du reste, elle repose encore sur la propriété qu'ont les liquides d'être incompressibles. C'est par elle que l'on découvre les collections de fluides qui constituent les abcès, les hydarthroses, les épanchemens de sang, etc...

Voici comment on la fait naître : le chirurgien commence par appuyer sur un point superficiel de la tumeur la pulpe d'un ou plusieurs doigts de la main gauche; puis, avec les doigts de l'autre main posés le plus souvent sur le même côté de la tumeur et à une certaine distance des doigts de la main gauche, il exerce uue pression graduellement accrue et perpendiculaire à la surface de la peau; bientôt il s'aperçoit que les doigts de la main gauche sont doucement repoussés des parties profondes vers les superficielles ou de dedans en dehors; ils

sont comme soulevés par une masse douce, molle, et cependant puissante dans son action. Arrivé là, il faut cesser de presser avec la main droite et de déprimer de plus en plus les parties qu'elle touche, mais on ne doit pas non plus soulever les doigts de manière à les écarter de la tumeur; il faut les tenir appliqués exactement sur elle, en les maintenant au point de profondeur où ils sont arrivés. Alors, on commence à presser avec les doigts de la main gauche, en augmentant graduellement la pression; et, pendant ce temps, l'on perçoit dans les doigts de la main droite une sensation analogue à celle qui avait été perçue par la main gauche. On peut, on doit même recommencer la même manœuvre avec les doigts de la main droite et de la main gauche un certain nombre de fois sans interruption, en ayant soin de porter son attention alternativement sur les doigts qui sont repoussés du dedans au dehors; car ce sont ceux-là, et non ceux qui pressent, qui perçoivent la sensation dite de la fluctuation.

En répétant ainsi cette manœuvre, il semble que l'on se renvoie d'une main à l'autre un corps souple et arrondi qui passe à travers les tissus qui séparent les doigts. Cette exploration serait mal faite, si le chirurgien voulait ici, comme dans le cas précédent, constater la présence d'un liquide par le choc rapide et brusque des doigts; et c'est pourtant ce que nous avons vu faire à beaucoup de personnes abusées par ce mot de *fluctuation*, et qui pensaient qu'ici les choses se devaient passer comme dans

l'ascite. Cette exploration serait également mal faite si le chirurgien, préoccupé de l'idée que les doigts, d'abord mis sur la tumeur, doivent être repoussés de dedans en dehors et soulevés quand la pression est exercée avec l'autre main, écartait activement ses doigts de la surface de la tumeur, tandis que la main opposée exerce une pression active. Cette préoccupation n'est pas la seule cause qui entraîne cette faute; la loi d'harmonie qui préside à nos mouvemens peut aussi y contribuer; et, par elle, nous pouvons instinctivement lever et abaisser alternativement une main, pendant que l'autre accomplit des mouvemens diamétralement opposés. En un mot, et pour résumer ce qui a trait à ce point important de diagnostic : pour percevoir la fluctuation dans le cas qui nous occupe, il faut, un ou plusieurs doigts de l'une et l'autre main étant appliqués à la surface d'une tumeur, qu'il y ait une pression active, un déplacement actif d'une main de dehors en dedans, tandis que l'autre est passive et que son mouvement lui est communiqué, en même temps que toute la faculté d'attention du chirurgien se porte sur la sensation perçue par cette dernière.

Analysons actuellement le prénomène de la fluctuation : dans l'ascite, la percussion brusque de la paroi latérale du ventre communique aux molécules du liquide un choc, un ébranlement, qui se transmet de proche en proche à toute la masse et va retentir sur la paroi opposée où il peut être perçu. Dans la fluctuation d'un abcès, (et nous

conservons ce mot pour éviter de tomber dans le néologisme), le liquide comprimé doucement dans un point, ne pouvant s'affaisser, réagit sur tous les autres points, et tend à repousser les parois de la poche qui le renferme. Cette tendance est surtout manifeste du côté qui offre le moins de résistance et qui répond ordinairement à la peau, et elle est d'autant plus forte que la pression est plus considérable. Cette partie sera donc soulevée, et avec elle les doigts de l'observateur.

Cette explication, que depuis long-temps nous avons donnée dans nos cours de clinique, et qui n'a, nous le croyons, été présentée par personne, cette explication, disons-nous, peut rendre compte de plusieurs phénomènes que le praticien a le plus grand intérêt à connaître.

1° Si la tumeur dans laquelle on recherche la fluctuation a des parois fort épaisses du côté de la peau, si elle confine profondément à des parties compressibles, on pourra inutilement rechercher la fluctuation.

2° Si la poche qui renferme le liquide est fort étendue et si celui-ci existe en petite quantité, on pourra en méconnaître la présence; à moins que l'on n'ait le soin de le rassembler dans un point circonscrit, et de l'y retenir pendant que l'on cherche la fluctuation.

3° La sensation de la fluctuation peut naître, lorsqu'il n'y a pas de liquides rassemblés en foyer, dans les cas où les parties offrent d'ailleurs les

autres conditions de la fluctuation. Ainsi, une tumeur sous-cutanée peut exister avec des enveloppes environnées de parties qui ne prêtent nullement à sa distension; cette tumeur est formée par des parties engorgées par une si grande quantité de liquides qu'il en résulte une masse totale, à peu de chose près, aussi incompressible que les liquides eux-mêmes rassemblés en foyer; il est certain que dans ce cas l'exploration, faite ainsi que nous l'avons prescrit plus haut, produira un déplacement alternatif, qui ressemblera beaucoup à celui du liquide. C'est ce qu'on observe aux membres, quand on presse des saillies musculaires, en plaçant les doigts sur les deux points de la circonférence du membre; c'est ce qu'on observe sur la face palmaire des doigts atteints d'inflammation; c'est ce qu'on observe pour beaucoup de tumeurs accidentelles. Dans quelques-uns des cas que nous venons de citer, la fluctuation disparaît entièrement, si l'on donne à la partie une position différente, si l'on applique les doigts dans un autre sens. Ainsi, aux membres, on ne sent plus de fluctuation, quand les doigts sont placés selon l'axe vertical du membre; ce qui tient à ce que la pression refoule les parties molles de côté et non de haut en bas.

4° Si la collection de liquide est profonde, au-dessous d'une aponévrose d'enveloppe, par exemple; on comprend qu'alors le liquide comprimé s'étendra plutôt selon la longueur du membre que de dedans en dehors, dernier sens dans lequel il est

retenu par une lame fibreuse inextensible. D'ailleurs, la pression excentrique du liquide, de ce côté, ne peut agir sur les doigts qu'à travers une couche plus ou moins épaisse de parties molles, souvent rendue plus considérable par du sang ou de la sérosité infiltrés dans le tissu cellulaire; dispositions qui en affaiblissent plus ou moins l'énergie. On comprend que, pour arriver au diagnostic dans ces cas obscurs et pourtant si graves quand ils sont méconnus, il faut presser fortement sur la tumeur et avec une large surface : ce sera avec la face palmaire des doigts ou avec la paume des mains. La forte pression offre plusieurs avantages : elle chasse aux environs les liquides infiltrés dans le tissu cellulaire; elle condense les lames cellulo-graisseuses qui séparent les doigts de la collection purulente, en diminuent l'épaisseur, et la rendent plus apte à transmettre la pression des doigts au liquide et du liquide aux doigts. L'action par de larges surfaces déplace une plus grande quantité de liquides, et rend par conséquent l'action excentrique de ceux-ci plus prononcée dans les points qui ne sont pas comprimés : c'est ainsi que nous avons pu souvent découvrir des collections de liquide profondes, qui n'avaient même pas été soupconnées par les moyens ordinaires d'investigation. Que si cependant il y avait encore du doute dans ce cas, on devrait, à l'exemple de Dupuytren, faire une incision d'une certaine étendue sur la tumeur, en s'arrêtant à l'aponévrose d'enveloppe inclusivement:

Dans les 24 heures, le liquide, s'il existe, fera effort pour s'échapper par l'ouverture, et l'on trouvera l'abcès vidé ou bien une tumeur saillante et bombée dans le fond de l'incision, et la fluctuation sera extrêmement facile à y constater.

Certaines tumeurs ne peuvent être examinées ni par l'une ni par l'autre méthode d'exploration que nous venons de faire connaître, c'est lorsqu'elles sont profondes et que l'on ne peut les atteindre qu'avec un doigt, porté dans l'intérieur d'une cavité naturelle ou accidentelle; il faut alors placer le bout du doigt sur la partie la plus saillante de la tumeur, l'enfoncer perpendiculairement sur elle et s'arrêter un instant. On sent le doigt pressé par une masse molle qui fait effort pour le repousser; effort qui décroît et cesse entièrement quand le doigt est revenu au point où il était d'abord. On conçoit que cette réaction reconnaît la même cause que celle dont nous avons parlé plus haut. Le liquide, refoulé dans la poche par le doigt, distend les parois de celle-ci qui font effort pour revenir sur elles-mêmes et repousser à leur tour, par l'intermédiaire du liquide, le doigt du chirurgien. Ce phénomène peut aussi être obtenu pour les collections de liquide situées à l'extérieur. M. Lisfranc l'a indiqué comme pouvant aider à reconnaître un abcès profond des membres.

Il arrive quelquefois qu'en palpant une région avec deux doigts assez rapprochés l'un de l'autre, on perçoit une sensation qui peut faire croire à la pré-

sence d'un liquide, qui d'ailleurs n'existe pas. Cette sensation est due au déplacement des parties molles, qui sont renvoyées d'un doigt à un autre par la pression alternative de ces derniers. On reconnaîtra bientôt l'erreur, si l'on fait attention que, dans ce cas, la partie du doigt qui est repoussée n'est pas la pulpe, mais bien celle qui regarde du côté du doigt qui exerce actuellement une pression. Ce n'est pas un liquide qui soulève perpendiculairement la pulpe du doigt, ce sont des parties molles déplacées latéralement, et qui pressent dans le même sens.

La main du chirurgien, appliquée à la surface des tumeurs formées par l'infiltration des fluides dans le tissu cellulaire, perçoit une sensation de mollesse particulière. Une pression lente et graduée déprime la surface de ces tumeurs, et y laisse une impression qui ne tarde pas à disparaître. Si l'infiltration est tellement considérable que la tumeur soit presque entièrement formée par le liquide, on peut percevoir le flot déterminé par une percussion brusque : M. Récamier a depuis long-temps appelé l'attention des médecins sur ce phénomène; il a fait remarquer que la fluctuation, fournie par une infiltration des parois de l'abdomen, peut faire croire à un épanchement dans sa cavité.

Ce même praticien a, en outre, indiqué le moyen d'éviter cette méprise; il conseille de faire placer de champ la main d'un aide sur la ligne médiane, afin de couper le flot du liquide contenu dans les parois. On conçoit dès-lors que si la fluctuation est

perçue, elle indique un épanchement dans la cavité abdominale.

Les tumeurs molles n'étant pas toutes dues à l'accumulation des liquides infiltrés ou épanchés, la fluctuation n'est pas la seule sensation que le toucher y fasse découvrir. Il en est qui présentent une grande mollesse, unie à beaucoup d'élasticité : telles sont les altérations des membranes synoviales, auxquelles Brodie a donné le nom de fongueuses; telles sont beaucoup de tumeurs érectiles; telles sont encore les tumeurs encéphaloïdes qui commencent à se ramollir. Si on les presse avec une seule main, on sent la saillie s'affaisser de plus en plus; et, si l'on cesse la compression, bientôt la tumeur réagit et repousse vers la surface les doigts du chirurgien. Il existe donc ici un phénomène parfaitement analogue à celui qui s'observe quand on ne peut toucher une tumeur pleine de liquide qu'avec une seule main; mais, si l'on soumet la masse totale aux pressions alternatives dont nous avons parlé plus haut, on reconnaît qu'il n'y a plus de fluctuation. Il y a pourtant encore, dans ce cas, une cause d'erreur que nous devons signaler; car, faute de la connaître, un praticien, même expérimenté, commettra la méprise. Combien souvent, en effet, n'a-t-on pas vu plonger le bistouri dans une tumeur située autour d'un genou atteint de tumeur blanche, et, au lieu de pus, s'échapper à travers l'ouverture un fongus volumineux? A quoi tient donc ici l'apparence de fluctuatio ? Le voici : chaque main pressant alternativement sur la tumeur,

les doigts sont alternativement repoussés par la masse élastique qu'ils ont déprimée au-dessous d'eux, et comme cette répulsion a lieu au moment où l'une des mains presse sur une partie de la tumeur, n'est-il pas logique de croire que c'est le pus déplacé qui soulève les doigts de l'autre main ? Mais, outre que cette élasticité a quelque chose de particulier qu'à force d'habitude et d'attention on peut distinguer de la véritable fluctuation, on évitera sûrement la méprise, si, après avoir posé les doigts d'une main, et apprécié la résistance de la tumeur comprimée, on presse alors, et de plus en plus fortement, avec les doigts de l'autre main; car, pour peu que la distance qui sépare les deux mains soit d'un pouce et demi à deux pouces, avec quelque énergie que l'on comprime, il n'y aura aucune sensation de fluctuation nouvelle, et la force qui tend à soulever les doigts ne sera point accrue.

Un toucher doux, que l'on pourrait appeler spongieux, est déterminé par l'application de la main à la surface des tumeurs formées par l'accumulation de la graisse. Lorsque la partie huileuse qui entre dans la composition d'un lipôme y est en grande quantité, qu'elle s'y trouve dans un état de liquidité extrême, et que les cloisons qui séparent les masses adipeuses offrent peu d'épaisseur, si d'ailleurs la masse totale est dans les conditions dont nous avons parlé plus haut, la sensation de la fluctuation y devient apparente.

Battemens et frémissemens. Aussi bien et mieux

encore que le sens de la vue, celui du toucher fait reconnaître les battemens et les frémissemens qui se produisent dans certaines maladies, telles que les anévrismes, les plaies d'artère avec infiltration du sang dans le tissu cellulaire, les tumeurs érectiles, les tumeurs fongueuses de la dure-mère, etc.

Une tumeur existe sur le trajet d'une artère, la vue y a découvert des battemens; mais l'application de la main dans une large surface apprend au chirurgien si les mouvemens éprouvés par la tumeur sont des mouvemens d'expansion ou seulement des mouvemens de locomotion générale; en un mot, si le sang artériel pénètre dans son épaisseur, ou si elle est soulevée par l'artère. Le toucher seul peut d'ailleurs rendre sous ce point de vue l'exploration complète; il est en effet possible, dans certains cas, de soulever la tumeur, de la déplacer de manière à l'éloigner du vaisseau qu'elle avoisine, et dès lors disparaissent les battemens dont elle était agitée.

Dans les anévrismes variqueux, le toucher fait reconnaître, outre le mouvement d'expansion dont nous venons de parler, un bruissement particulier qui s'étend à une certaine distance dans les veines voisines; l'on sent, en outre, une ondulation particulière dans ces dernières.

Si, au moment où le chirurgien recherche les battemens, il éprouvait lui-même une forte accélération de la circulation, il devrait apporter un surcroît d'attention pour ne pas confondre avec les

pulsations de ses propres artères, celles de la région qu'il explore.

Crépitation. C'est par le sens du toucher que le chirurgien perçoit la crépitation; phénomène qui est loin d'être identique dans tous les cas, et dont la valeur diagnostique est parfois très-grande, j'ai presque dit pathognomonique. La crépitation se rencontre dans les fractures, les luxations, les maladies chroniques des articulations, les bosses sanguines, les kystes synoviaux renfermant des grains cartilaginiformes, l'inflammation des gaines tendineuses, l'emphysème, et quelques autres maladies. On entend par là une sensation qui fait naître l'idée d'un frottement rugueux : c'est un craquement particulier qui s'observe dans la partie malade, et qu'il est plus facile de reconnaître que de décrire. Bien que commun à beaucoup de maladies, ce symptôme offre dans chacun un caractère particulier; tel, que la crépitation d'une fracture ne ressemble pas à celle de l'emphysème, cette dernière à celle des bosses sanguines, etc. Quelque difficulté que nous éprouvions à traduire par des paroles ces sensations diverses, nous allons cependant, à cause de l'importance du sujet, essayer d'en donner une idée.

1°. Quand un os est fracturé, le déplacement des fragmens produit un frottement âpre, rugueux et subit. Ce frottement peut offrir plusieurs saccades; mais, entre chacune d'elles, la main ne perçoit pas de crépitation : cela est dû à ce que les surfaces fracturées, au lieu de glisser l'une sur l'autre sans

interruption pendant la durée du déplacement, s'arrêtent un instant par les obstacles que s'opposent leurs saillies réciproques, pour s'abandonner de nouveau brusquement. Lorsque la fracture est avec écrasement, ce n'est plus la même sensation qui est produite; mais il semble, en pressant le membre, que l'on remue des noix dans un sac.

2°. La crépitation, due à l'usure des surfaces articulaires avec destruction des cartilages, est rugueuse, mais prolongée. En imprimant des mouvemens à l'articulation, pendant qu'une main est appliquée à sa surface extérieure, on reconnaît que des surfaces dures et rugueuses frottent sans interruption les unes sur les autres.

3°. La crépitation, due à l'emphysème, est de toutes la plus facile à produire et à reconnaître; un froissement sec, analogue à celui qu'on développerait en chiffonnant du parchemin, en écrasant une multitude de petites bulles pleines d'air et formées par des parois sèches et friables, est là sensation que produit l'application des doigts sur une partie emphysémateuse. En éparpillant dans une plus grande surface et à l'aide de pressions douces, larges et uniformes, l'air infiltré dans le tissu cellulaire, on perçoit dans une étendue plus considérable le phénomène de la crépitation, et ce caractère est propre à l'emphysème.

4°. Les kystes synoviaux qui renferment des corps cartilaginiformes offrent, dit Dupuytren, à la main qui les presse, un bruissement, une sorte de frotte-

ment particulier, assez analogue à celui que produiraient des grains de riz à demi cuits qu'on ferait passer alternativement d'une poche dans la poche opposée; ou bien encore au *bruit* d'une chaîne à petits anneaux, enveloppée dans une bourse de peau, dont on presserait les chaînons l'un contre l'autre, à travers les parois de la bourse. (*Clin. ch.* 3, P. 36.)

5° Les bosses sanguines ne donnent pas toujours lieu à la crépitation. Nous l'avons constatée dans plusieurs circonstances, et nous avons remarqué que, dans ces cas, la sensation était très-prononcée à la base de la tumeur, là où l'on cesse d'apercevoir une fluctuation évidente; nous pensons qu'elle est due à l'écrasement des parties fibrineuses du sang, qui se sont coagulées et déposées à la base de la bosse sanguine. Il semble en effet que l'on écrase des grumeaux de caséum. Il n'y a pas long-temps que nous avons été à même de constater et de faire constater aux élèves qui suivent notre clinique à la Pitié la différence de crépitation qui existe entre une fracture et une bosse sanguine, sur un homme qui avait eu le péroné droit fracturé à son tiers supérieur, et chez lequel la cause vulnérante (la chute d'une pièce de bois de charpente) avait produit au même endroit une bosse sanguine assez volumineuse.

J'ai appris que des observations semblables ont été faites par M. le professeur Velpeau, qu'il a noté cette crépitation et lui a assigné la même valeur

diagnostique ; je suis heureux de m'être rencontré avec lui dans cette circonstance.

6° La crépitation qui résulte de l'inflammation des gaines tendineuses, affection fréquente à la partie inférieure externe de l'avant-bras, a été observée dans bien d'autres parties du corps, ainsi que l'a démontré M. le professeur Velpeau dans ses leçons de clinique; cette crépitation a été comparée avec raison à celle qu'on obtient en froissant de l'amidon entre les doigts. Elle a du reste beaucoup d'analogie avec celle qu'on observe autour d'une articulation affectée d'une luxation récente et non réduite.

7° Quand un os plat soulevé par une production morbide est très aminci, comme cela s'observe dans les cas de tumeur fongueuse de la dure-mère, d'hydropisie du sinus maxillaire, de corps fibreux développés dans l'épaisseur de l'os maxillaire inférieur, d'hydatides enfermées dans les sinus frontaux, la pression exercée sur la tumeur fait naître une sensation particulière, comparable à celle qui résulterait du froissement d'une feuille de parchemin bien sec, et qui est due à la souplesse de la lamelle osseuse qui recouvre encore la tumeur.

8° Dans les divers cas que nous venons de passer en revue, la crépitation est le symptôme d'une lésion organique. Mais, nous avons eu occasion de voir à la Salpétrière, dans le service de M. le professeur Cruveilhier, une femme qui, après avoir tenu la science en échec, a succombé à une maladie

que l'autopsie seule a fait reconnaître. L'accumulation de plus de 600 noyaux de cerises dans l'intestin avait donné lieu à une tumeur qui offrait une sensation de crépitation des plus évidentes, et que je rapporterai à celle de l'emphysème; à tel point que toutes les personnes qui l'examinèrent pendant sa vie commirent la même erreur. C'est donc une sensation de crépitation de plus à ajouter à celles dont nous avons déjà parlé.

Il suffit pour percevoir la crépitation, dans le plus grand nombre des cas, d'appliquer la main à la surface des parties : quelquefois il est indispensable de leur imprimer des mouvemens. Cette sensation ayant une importance extrême pour le diagnostic des fractures, il nous paraît utile de faire quelques remarques sur ce point de pratique. Lorsque le membre est peu volumineux, on doit tenir solidement sa partie supérieure avec une main, tandis qu'avec l'autre on remue doucement la partie inférieure. Si le volume du membre est trop considérable, on fait tenir par un aide la partie supérieure, tandis qu'on imprime soi-même quelques mouvemens à l'extrémité opposée. Ces mouvemens se font, tantôt selon la direction, tantôt selon la circonférence du membre. Quand la section du membre est composée de deux os et qu'un seul est fracturé, les recherches qui font naître la crépitation, deviennent plus difficiles : il faut renverser le pied ou la main sur le côté opposé à l'os fracturé, afin de faire cesser la pression que les bouts des fragmens

exercent l'un sur l'autre. Ce mouvement suffit souvent pour produire la crépitation, parce que le fragment inférieur est éloigné de l'axe du membre; si la crépitation n'est pas perçue, on doit alors imprimer à l'os lui-même, saisi au-dessus et au-dessous du lieu où l'on soupçonne la fracture, des mouvemens en sens opposés et qui tendent à porter alternativement un des fragmens en avant et l'autre en arrière.

Nous devons faire remarquer que la sensation de la crépitation peut être perçue, sans que la main soit appliquée sur le lieu même de la fracture : l'ébranlement qui résulte de la collision des fragmens se transmet à l'extrémité de l'os, et par l'intermédiaire des articulations à des parties beaucoup plus éloignées.

Il est des fractures où la crépitation ne doit pas être recherchée avec trop de persévérance ; telle est celle du col du fémur. Car, en imprimant au membre des mouvemens trop considérables, on s'expose à rompre les parties fibreuses qui unissent encore les deux fragmens, et à produire un raccourcissement considérable du membre que prévenaient l'intégrité de ces prolongemens fibreux, et les inégalités par lesquelles les surfaces fracturées se correspondaient. Il serait également imprudent de faire des tentatives trop multipliées pour reconnaître la crépitation, quand la fracture est compliquée de plaie, de gonflement inflammatoire considérable, d'épanchement de sang, etc.

Mobilité. Les mouvemens que le sens du toucher découvre dans une partie fournissent souvent des données très-précises au diagnostic. Relativement aux os et aux articulations, la mobilité entre comme élément principal dans le jugement que nous portons des fractures, des luxations, de l'ankylose, etc. Elle apprend quand une tumeur est ou non adhérente aux parties voisines, si elle est accolée aux os ou si elle fait corps avec eux. Par elle, nous connaissons les hernies, leur degré de réductibilité, la mobilité des corps étrangers renfermés au sein des organes.

Si, dans quelques cas, la mobilité est facile à constater, il en est d'autres où ce symptôme ne peut être perçu que par une main exercée.

Pour s'assurer de la mobilité d'une tumeur, le chirurgien la saisit autant que possible à sa base, fixe solidement sur elle les parties qui la séparent de sa main, et la pousse en divers sens. D'autres fois, il s'efforce de la soulever en passant ses doigts au-dessous d'elle. S'il suppose qu'elle est adhérente aux muscles voisins, il engage le malade à exécuter certains mouvemens qui nécessiteront la contraction de ses muscles; pendant cette manœuvre, il examinera si la tumeur a subi quelque changement de position. C'est une exploration de ce genre qui lui fait reconnaître si une tumeur placée au devant du cou, a contracté des adhérences avec le larynx ou la trachée artère.

Nous ne croyons pas devoir rappeler ici les pra-

tiques à l'aide desquelles on constate la mobilité d'une tumeur herniaire.

Le glissement de la peau à la surface des tumeurs donne lieu souvent à une sensation trompeuse de mobilité. D'autres fois, la tumeur unie à des organes excessivement mobiles se déplace avec eux, ce qui conduit à penser qu'elle est exempte d'adhérences. Le chapitre des erreurs renfermera l'exemple de semblables méprises.

Lorsque le chirurgien soupçonne une fracture, et que, pour donner plus de précision à son diagnostic, il cherche à reconnaître la mobilité, il doit observer les règles que nous avons tracées en parlant des moyens d'obtenir la crépitation. Si ces moyens d'exploration sont sans résultat, il pourra, après avoir saisi l'os, au-dessus et au-dessous du point où il suppose la fracture, le courber alternativement en deux sens différens. Cette épreuve suffira le plus souvent pour faire reconnaître la mobilité; cependant, il faut l'avouer, certaines circonstances peuvent jeter du doute sur cette partie du diagnostic : par exemple, les fragmens offrent peu de volume, et ne peuvent être saisis qu'imparfaitement; les mouvemens qu'ils exécutent ont peu d'étendue, soit à cause de la brièveté du bras de levier, soit à cause des liens qui fixent un des fragmens aux os voisins; enfin, le glissement de la peau à la surface des saillies osseuses donne souvent lieu à une sensation trompeuse de mobilité; nous en citerons plus loin des exemples. C'est là ce qui rend parfois

très difficile le diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du péroné et de la malléole interne, celles de la clavicule situées entre l'apophyse coracoïde et l'acromion, etc.; mais c'est surtout lorsqu'il s'agit de constater la mobilité d'une fracture arrivée à l'époque de la consolidation, que le chirurgien rencontre des difficultés; en effet, les manœuvres d'exploration faites sans ménagement à cette époque pourraient avoir de graves inconvéniens. Nous avons indiqué précédemment un signe qui pourra servir à lever les doutes dans cette circonstance.

Les fractures siégeant dans le voisinage des articulations, et plus encore le décollement de quelques épiphyses, présentent une mobilité que l'on peut très aisément confondre avec le mouvement articulaire. Il y a deux méprises possibles; ou l'on croira à une mobilité qui n'existe pas, ou l'on ne reconnaîtra pas celle qui existe. On peut dire d'une manière générale que, pour éviter cette double cause d'erreur, il suffit d'imprimer aux fragmens des mouvemens en sens inverse de ceux qui sont propres à l'articulation. Une fracture est-elle située dans le voisinage d'une articulation ginglymoïdale, imprimez des mouvemens latéraux, et vous serez sûr qu'ils ne se passent pas dans l'articulation.

D'autres fois enfin nous recherchons si certains mouvemens normaux sont conservés, afin de nous assurer que les os sont intacts. Si l'on suppose une fracture du corps du radius, on recherchera si la tête de cet os tourne sur son axe pendant les mouve-

mens de pronation et de supination communiqués par le chirurgien; la rotation ne pouvant avoir lieu à moins d'engrènement des fragmens, quand la continuité de l'os est interrompue. La même exploration sert à constater les fractures du fémur et du col de l'humérus.

Le même principe est applicable, lorsque l'on veut reconnaître si une tumeur dure est libre ou adhérente à un os : une exostose est implantée sur le corps du radius; vous imprimez à la tumeur des mouvemens latéraux, tandis que d'une main vous fixez l'extrémité supérieure de l'os, le mouvement communiqué au corps du radius sera à peu près imperceptible; car celui-ci se trouve presque au centre du cercle décrit par la tumeur, dont la portion sous-cutanée formant le point le plus excentrique décrira un arc de cercle fort étendu, et fera croire à une mobilité qui n'existe pas; il suffira, pour éviter l'erreur, de porter alternativement la tumeur en haut et en bas, après avoir solidement fixé le coude du malade. Nous avons choisi le radius dans l'exemple précédent, parce que c'est l'os le plus propre à faire comprendre le mécanisme d'exploration tel que nous l'avons indiqué. Cependant, nous devons dire que c'est principalement pour le diagnostic des tumeurs siégeant sur le fémur que l'erreur est à craindre, l'os étant plus volumineux, moins facile à saisir, entouré de parties molles plus épaisses, plus mobiles à la surface de l'os.

D'autres fois le chirurgien se propose de recon-

naître si une articulation, par suite de la destruction ou du relâchement des liens qui unissaient les os, n'a pas acquis des mouvemens anormaux. La mobilité latérale dans une tumeur blanche du genou, du coude, annonce un grand désordre dans ces articulations et doit être prise en considération lorsqu'on examine la convenance de l'amputation. Il est bon de constater, dans d'autres cas, si une articulation a perdu et jusqu'à quel point elle a perdu ses mouvemens normaux. Ici se rencontre encore une cause d'erreur analogue à celle que nous avons signalée plus haut. Rappelons-nous que souvent un mouvement qui paraît simple, résulte de l'addition de plusieurs mouvemens partiels; le mouvement par lequel nous portons le coude en arrière ou en avant, pouvant se passer également dans l'articulation de l'humérus avec l'omoplate, de l'omoplate avec la clavicule et même de la clavicule avec le sternum, on voit de suite que ces diverses articulations peuvent se suppléer et jeter du doute sur le diagnostic; ici, comme dans le cas précédent, il faut rechercher si, indépendamment du mouvement qui est commun à ces articulations, elles n'ont pas un mouvement propre qui, étant conservé ou perdu, pourra éclairer sur l'état de l'articulation que l'on explore.

Lorsqu'une portion de tissu osseux est frappée de mortification, il est souvent utile de reconnaître, avant d'entreprendre aucune opération, si la portion nécrosée est mobile, ou si elle est solidement fixée dans le point qu'elle occupe. Si le séquestre est su-

perficiel, le chirurgien peut souvent l'apercevoir, et dès-lors il constate aisément le mouvement qu'il lui imprime, soit avec le doigt, soit avec un instrument dont il se sert comme d'un levier; mais, le plus souvent, le fragment nécrosé, profondément caché dans l'épaisseur d'un membre, quelquefois même enfermé dans une enveloppe osseuse de nouvelle formation, est presque inaccessible aux moyens d'investigation. Le chirurgien doit alors sonder les trajets fistuleux, reconnaître le séquestre, et chercher à lui imprimer quelque ébranlement par des mouvemens bien dirigés, en ayant soin de ne pas s'en laisser imposer par la flexibilité du stylet ou le glissement à la surface de l'os. L'étude de la mobilité nous sert encore à déterminer s'il existe plusieurs séquestres dans le même foyer, ou si les portions d'os que l'on rencontre en sondant plusieurs fistules appartiennent toutes au même séquestre.

Dimensions.— La dimension comprend l'augmentation, la diminution de volume, les changemens de longueur, d'épaisseur des parties malades. Ces changemens ont une valeur symptomatologique que nous avons fait connaître ailleurs. Nous nous contenterons, dans ce paragraphe, d'indiquer les moyens de les évaluer avec précision. L'ensemble de ces moyens constitue la mensuration. Cette opération nous fait connaître les changemens survenus dans les dimensions des parties malades; elle forme souvent le complément du diagnostic, et, dans quelques cas, elle en est une des sources les plus

précises. La mensuration nous montre la différence de longueur des membres atteints de fracture, de luxation; elle ne doit pas être négligée dans les cas de maladie de la hanche. Faite à plusieurs jours de distance, elle apprend au chirurgien les progrès du mal ou de la guérison; c'est par elle que l'on est instruit du siége, du degré de rétrécissement de certains conduits, etc. Nous croyons donc utile de poser les règles de la mensuration, d'en indiquer les moyens dans les principales maladies qui la réclament.

Il faut avoir soin, lorsque l'on veut mesurer deux parties symétriques du corps, de les mettre, autant que possible, dans la même position. En effet, si, comme M. Malgaigne l'a fait remarquer, l'on compare la longueur des deux bras, dont l'un sera pendant sur le côté du tronc et l'autre porté dans l'abduction, on trouvera la distance qui sépare l'acromion de la tubérosité externe de l'humérus d'autant plus courte, sur le bras écarté du tronc, que son abduction sera plus considérable.

Les points qui servent de limites doivent être invariables : telles sont les saillies osseuses sous-cutanées. Dans les points où elles manquent, on est quelquefois obligé de faire à la peau des marques permanentes avec le nitrate d'argent.

Différens instrumens ont été imaginés pour apprécier la longueur, la largeur, le volume des parties. Pour la longueur, les lacs de fil sont certainement ce qu'il y a de plus commode, parce

qu'on les trouve partout sous la main; mais ils le cèdent cependant de beaucoup en exactitude à quelques instrumens: tel est le compas de longueur de M. le docteur Martin, le cruro-pelvimètre de M. Humbert, de Morlaix.

Pour mesurer la circonférence, on doit employer une bande souple, inextensible et graduée, analogue à celle dont se servent les tailleurs. Si on se sert de tissus extensibles, il faudra éviter d'exercer des tractions plus considérables dans un moment que dans un autre.

Pour mesurer l'épaisseur, il n'est rien de mieux que l'instrument imité du pelvimètre de Baudelocque, et très-ingénieusement modifié par M. Matthias Mayor.

Je croirais sortir tout à fait des généralités de mon sujet, si j'entrais dans la description des instrumens inventés pour mesurer la profondeur des rétrécissemens de l'urètre, leur diamètre, leur longueur, etc.

Je ne pense pas non plus devoir m'arrêter à exposer les règles d'application de ces divers instrumens; mais je crois devoir appeler l'attention des chirurgiens sur la mensuration des membres inférieurs. L'on a si souvent, dans la pratique, occasion d'établir ces mesures, et les notions qui en résultent sont si précieuses pour le diagnostic, que l'on ne saurait trop insister sur ce point. Il y a longtemps que nous en avions senti l'importance, et que, dans nos cours de clinique, nous insistions sur la nécesité de tenir compte, dans la mensuration

des membres inférieurs, de l'inclinaison du bassin. Pour éviter cette cause d'erreur, il faut supposer deux lignes dont l'une passe par les deux épines antérieures et supérieures de l'os des îles, tandis que l'autre, suivant l'intervalle des deux membres inférieurs, tombe perpendiculairement sur la première. Des lacs peuvent être placés dans la direction de ces deux lignes fictives : il est facile de mesurer la longueur proportionnelle des deux membres, lorsque l'on a appliqué les lacs comme nous venons de le dire. Il faut avoir soin de tenir le pied perpendiculaire pendant cette exploration; la moindre inclinaison de la pointe du pied pourrait faire remonter le talon. Nous avons vu avec plaisir ces moyens de diagnostic récemment exposés, dans un article de journal, par un de nos compétiteurs.

Les détails presque minutieux dans lesquels nous venons d'entrer, en exposant les phénomènes de la crépitation, de la mobilité, de la fluctuation, etc., montrent quelle importance nous attachons à l'application méthodique du sens du toucher comme moyen de diagnostic. Les préceptes que nous avons tracés suffiront, sans doute, pour bien diriger les recherches du chirurgien; ils lui apprendront la manière de surveiller les sensations fournies par le sens du toucher, et celle de les faire naître. Mais il faut que la pratique leur donne le dernier degré de perfection; l'on peut apprécier l'influence de l'éducation sur ce sens, en comparant les impressions perçues

par la main d'une personne inexpérimentée et par celle d'un praticien exercé.

Dans les paragraphes qui précédent nous avons montré isolément chacun de nos sens en action pour apprécier les changemens physiques survenus dans nos organes, afin d'en tirer les signes diagnostiques des maladies ; nous devons dire maintenant que presque toujours ils se prêtent un mutuel appui ; qu'ils sont appliqués simultanément ou successivement à l'exploration d'une même lésion, et que c'est de la réunion des impressions qu'ils ont transmises, que résulte le jugement que nous portons sur la maladie.

SECTION QUATRIÈME.

DU RAISONNEMENT, DANS LE DIAGNOSTIC DES MALADIES CHIRURGICALES.

S'il suffisait de constater avec précision les phénomènes objectifs des maladies pour arriver à découvrir la nature et le siége de ces dernières, on pourrait dire que la finesse des organes des sens donne, pour chaque individu, la mesure de son tact chirurgical. Ce serait avancer un paradoxe, soutenable peut-être dans l'esprit de l'école sensualiste du XVIII[e] siècle, mais qui choquerait aujourd'hui quiconque a goûté la critique pleine à la fois de raison et de finesse que Gall a faite de cette doctrine.

Sans doute, les notions que nous transmettent les organes des sens constituent les matériaux indispensables de notre jugement; mais, l'instrument qui met à l'œuvre ces matériaux et les coordonne, n'offre pas chez tous les individus le même degré de puissance ou de justesse. Les manœuvres exploratrices auxquelles le chirurgien s'est livré, ne sont que les préliminaires de l'établissement du diagnostic; les faits qu'il a constatés, une personne étrangère à l'art de guérir eût pu, jusqu'à un certain point, les apprécier aussi; ils n'acquièrent une valeur diagnostique réelle que par une série d'opérations intellectuelles, qui font juger des rapports de ressemblance ou de dissemblance de ces faits avec ceux dont la pratique ou l'étude des bons auteurs ont donné la connaissance antérieure.

Arrêtons-nous un instant sur les objets de comparaison que la mémoire doit fournir au chirurgien, occupé de la recherche de la nature ou du siége d'une maladie. L'expérience personnelle d'une part, et de l'autre les faits consignés dans les archives de la science, voilà les deux sources où le chirurgien va puiser ses points de comparaison. Vanter ici les avantages d'une longue pratique, dire qu'il est d'autant plus facile de reconnaître une maladie qu'on l'a déjà observée plus souvent; ce serait, je pense, développer un lieu commun. Mais, ces habitudes cliniques ne peuvent conduire à la solution de tous les problèmes que la pratique fait rencontrer, si elles ne sont journellement aidées par les connaissances

puisées dans la lecture et la méditation des bons traités de chirurgie et des publications périodiques. Quelque variée qu'elle ait été, l'expérience d'un seul homme ne peut être comparée à l'expérience de tout le monde, et le véritable moyen de mettre cette dernière à profit, de se l'assimiler, c'est l'étude. Hors de là, pas de condition de progrès; car, chacun recommençant en quelque sorte à construire l'édifice de la science, le réduit aux dimensions de son propre génie. Je m'attends bien à voir ici dénaturer ma pensée, je ne doute point que quelqu'un ne vienne insinuer que je déprécie la pratique, parce que je recommande l'étude; mais, c'est au lit des malades et dans les salles d'opération que, depuis plusieurs années, je réponds publiquement à de semblables calomnies. Je suis presque honteux de m'être laissé aller à cette réflexion toute personnelle, et qui ne me fût point échappée, si d'indignes attaques ne m'eussent placé dans la nécessité de répondre à d'autres qu'à ceux qui m'argumentent aujourd'hui.

Mais je reviens à l'emploi du raisonnement pour la détermination du diagnostic. Il n'entre pas dans le plan de cette thèse d'analyser la marche de l'esprit humain dans le cas qui nous occupe. Les facultés qu'il emploie ici, il les met en jeu dans presque toutes ses opérations; mais ses méthodes logiques ne sont pas exactement les mêmes pour toutes les circonstances.

Quelquefois l'apparence extérieure ayant, dès le premier abord, fait naître l'idée d'une maladie dé-

terminée, le chirurgien complète, par son investigation ultérieure, ce diagnostic porté d'emblée. Dans cette sorte de jugement *à priori*, la connaissance du mal conduit le chirurgien à la recherche des signes qui doivent achever sa conviction. Une tumeur dans l'aine fait naître l'idée d'un bubon; l'examen des parties génitales externes y fait découvrir des ulcérations syphilitiques récentes, et déjà, ce qui n'était que présomption, va prendre un caractère approchant de l'évidence. Le siége particulier de cette tuméfaction a-t-il fait penser que l'affection inflammatoire du ganglion lymphatique n'est pas liée à un état pathologique des organes génitaux ou à l'absorption d'un liquide contagieux; cette conjecture se trouvera appuyée, si l'exploration des membres inférieurs, des fesses, ou de la partie latérale inférieure du tronc, montre un point d'irritation, une légère solution de continuité qui a pu être le point de départ du mal développé dans l'aine.

Une autre méthode, fréquemment applicable dans les cas difficiles, consiste à éliminer par voie d'*exclusion* toutes les maladies qui ont quelque rapport de nature ou de siége avec celle dont on cherche à établir le diagnostic, de manière à arriver à celle-ci. Ce procédé, qui a quelque chose de brillant et qui parait rigoureux au premier abord, a cependant, plus que tout autre peut-être, ses difficultés et ses dangers. Il suppose, chez celui qui le met en pratique, la connaissance exacte et la mé-

moire actuelle de toutes les affections qui peuvent se présenter dans le lieu où siége le mal. Cette condition est déjà difficile à remplir ; mais à supposer que le chirurgien ait ce degré d'instruction et cette fidélité de mémoire qui lui permettent d'entreprendre le travail d'élimination dont il est question ici; qui peut répondre qu'il n'aura pas affaire à quelqu'une de ces maladies anormales qui, pour la première fois peut-être, se seront montrées dans la partie soumise à l'examen ? Ajoutez à cela que les affections pathologiques n'offrent point ces caractères constans qui permettraient de leur appliquer la méthode dichotomique, si avantageuse en histoire naturelle, lorsqu'il est question de parvenir par voie d'exclusion à la détermination d'un animal ou d'une plante. En considérant, cependant, qu'il y a quelques chances d'arriver juste, si l'on part de la supposition qu'on a devant les yeux quelques-uns de ces cas que la pratique journalière fait rencontrer dans la partie affectée, je suis loin de rejeter le procédé logique de l'exclusion pour la solution des problêmes de diagnostic en chirurgie.

Pour retirer de cette manière de procéder tous les avantages qu'elle renferme, il faut, on le pense bien, que la comparaison porte sur le plus grand nombre de cas pathologiques possible; et, tout en fixant spécialement son attention sur ceux de ces cas pathologiques qui sont propres à la région affectée, le chirurgien doit admettre la possibilité d'y rencontrer une de ces dégénérescences, un de

ces produits anormaux qui se développent dans toutes ou presque toutes les parties du corps : squirrhe, encéphaloïde, mélanose, kyste, lipôme, tubercule, abcès froids, etc.

C'est particulièrement à cette classe presque toute chirurgicale de maladies que l'on nomme *tumeurs*, classe dont les ordres, les genres et les espèces variées à l'infini, offrent si souvent les écueils contre lesquels vient échouer la sagacité du praticien; c'est, dis-je, à cette classe de maladies qu'il convient d'appliquer la méthode dont nous nous occupons. Il ne serait pas impossible, peut-être, de rédiger une sorte de manuel pratique pour l'emploi de la méthode d'exclusion à la détermination d'une tumeur; mais ce travail serait déplacé dans une dissertation générale.

De quelque manière qu'il soit arrivé à soupçonner la nature et le siége des cas pathologiques, objet de ses recherches, le chirurgien, ainsi que je l'ai dit plus haut, ne peut asseoir définitivement son diagnostic que sur la comparaison de ce fait avec celui auquel on l'assimile. On peut rencontrer ici deux routes presque également dangereuses, et l'on court le risque de se fourvoyer dans l'une ou dans l'autre, si, dans cette opération de l'intelligence, on s'attache trop exclusivement aux *ressemblances* ou aux *différences* des objets. La première manière de procéder peut conduire à l'erreur, en faisant regarder comme semblables ou identiques deux affections qui n'ont cependant que quelques points de ressemblance; la deuxième

conduit à l'incertitude, en faisant méconnaître des analogies assez évidentes pour légitimer l'établissement du diagnostic. Pour peu qu'on y réfléchisse, on verra que ces deux tendances de l'esprit humain, tendances opposées l'une à l'autre, et dont Bâcon a si bien signalé l'influence sur les sciences et la philosophie, sont pour quelque chose dans la conduite presque irréfléchie de quelques chirurgiens et dans l'excessive timidité de quelques autres. Je ne puis résister au désir de citer ici le passage auquel je viens de faire allusion; voici les paroles de l'illustre chancelier : « Maximum et velut radicale discrimen » ingeniorum, quoad philosophiam et scientias, » illud est : quod alia ingenia sint fortiora et ap- » tiora ad notandas rerum differentias; alia ad no- » tandas rerum similitudines. Ingenia etiam con- » stantia et acuta, figere contemplationes et morari » et hærere in omni subtilitate differentiarum pos- » sunt; ingenia autem sublimia et discursiva, etiam » tenuissimas et catholicas rerum similitudines et » agnoscunt et componunt. Utrumque autem in- » genium facilè labitur in excessum, prensando aut » gradus rerum aut umbras ». (*Novum organum, etc.*, lib. I, aph. 55.)

CHAPITRE III.

DES INCERTITUDES DU DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES CHIRURGICALES.

—

Dans le chapitre précédent, nous avons essayé de démontrer que les sources du diagnostic dans les maladies chirurgicales sont nombreuses et que le chirurgien, tirant le plus souvent de l'inspection directe du mal les élémens de sa conviction, a moins de chances que le médecin de rester dans l'incertitude et le doute. Nous devons avouer maintenant que, dans un bon nombre de circonstances, il éprouve un véritable embarras à assigner le caractère et la nature d'une affection chirurgicale. Quelquefois même les maladies se présentent avec des symptômes tellement obscurs qu'il est complètement impossible de se prononcer sur leur nature. Ces cas devront certainement être très rares pour un chirurgien instruit et expérimenté, qui puisera dans le souvenir de sa pratique, ou dans les annales de la science, des faits propres à le mettre sur la voie du diagnostic. Il ne faut pas, dans les circonstances difficiles, se croire obligé à porter incontinent un diagnostic; il faut alors savoir rester dans le doute.

En généralisant autant que possible ce que ces cas ont de commun, on voit que le chirurgien peut rester incertain dans l'une des circonstances suivantes :

1° Lorsque des renseigneme importans ne peuvent être fournis par le malade, soit à cause de son âge, soit à cause de l'état de ses facultés intellectuelles, soit par suite de sa mauvaise volonté. Nous avons eu l'occasion d'éprouver cette incertitude à propos d'une jeune fille aliénée, rencontrée sur la voie publique et placée dans notre service à la Salpétrière, sans qu'aucun renseignement pût nous être fourni, soit par la malade, soit par d'autres. Elle avait un raccourcissement du membre avec rotation de la pointe du pied en dedans, douleur à la hanche, etc. Nous sommes restés dans le doute, ne sachant si la lésion consistait en une luxation récente de la hanche ou en une coxarthrocace.

2° Lorsqu'une affection à marche chronique est à son début et que les symptômes qu'elle présente alors peuvent tenir à d'autres altérations. Telle est la carie de la colonne vertébrale, avant l'apparition de la gibbosité ou des abcès par congestion; les douleurs sourdes dont le malade se plaint pouvant tenir à un rhumatisme chronique, etc.....

3° Lorsque deux lésions différentes peuvent exister dans une même région et que le gonflement inflammatoire, la douleur, etc., s'opposent à un examen très-minutieux de la partie : ainsi, quand

il y a une déformation du coude, dans les circonstances que nous supposons, le chirurgien peut rester dans le doute sur l'existence d'une fracture ou d'une luxation.

4° Quand une maladie manque de ses principaux symptômes : après une chute sur le côté, il y a une douleur vive dans la région de la hanche, impossibilité de marcher, de soulever le membre de dessus le plan du lit, le membre n'est pas raccourci; suspendez votre jugement, car le malade peut avoir une contusion de la hanche ou une fracture du col du fémur, et dans ce cas, l'affection manque d'un de ses principaux symptômes, le raccourcissement.

5° Quand une lésion est profondément située, et qu'on ne peut l'atteindre directement avec le doigt ou à l'aide d'instrumens explorateurs : une femme a des tiraillemens dans les lombes, des pesanteurs au périnée, des fleurs blanches abondantes alternant avec des pertes; le doigt porté soit dans le vagin soit dans le rectum, fait reconnaître une augmentation de volume de l'utérus; il est probable qu'il existe un corps fibreux, mais il n'est point encore possible de dire s'il est dans l'épaisseur des parois de l'utérus, ou s'il s'approche de sa surface externe, ou s'il fait déjà saillie dans la cavité utérine pour y constituer un polype. L'incertitude sur l'existence d'un abcès profond reconnaît la même cause.

6° Quand une maladie en masque complètement

une autre : soit une personne affectée de cataracte, avec épanchement de lymphe au-devant de la capsule du cristallin, adhérence à la paroi postérieure de l'iris, et par suite immobilité de cette membrane ; avant d'opérer, il serait important de savoir s'il n'existe pas une amaurose, et pourtant les symptômes de cette dernière maladie sont entièrement masqués, et par les adhérences de l'iris qui préviennent ses mouvemens, et par l'épaisseur des objets qui, en interceptant les rayons lumineux, amènent l'abolition à-peu-près complète du sens de la vue.

7° Quand une maladie vient se joindre à une autre qui existait déjà : une hernie est irréductible depuis long-temps ; l'individu est pris tout-à-coup de douleurs abdomidales, de vomissemens, etc. ; y a-t-il péritonite ? y a-t-il hernie étranglée ? En présence d'un pareil accident, quel praticien n'éprouverait de l'incertitude ?

8° Quand deux maladies ont des symptômes communs : tel est le sarcocèle encéphaloïde et l'hydrocèle avec opacité des enveloppes ou du liquide.

9° Quand une maladie dont les symptômes sont ordinairement évidens se présente avec des symptômes obscurs ou irréguliers : telle est, dans quelques cas, la marche de l'étranglement herniaire.

10° Quand les symptômes ont disparu : tel est le cas d'un corps étranger dans les voies aériennes qui, après avoir produit les phénomènes de la suffocation,

peut séjourner dans la trachée artère, sans donner lieu à aucun symptôme. Pendant ce temps, on reste incertain de savoir si le corps étranger est encore dans les voies aériennes ou s'il en a été expulsé sans que l'enfant s'en soit aperçu.

Lorsque après un examen très-attentif des symptômes de la maladie, on reste dans l'incertitude sur sa véritable nature, certaines manœuvres exploratrices, ou l'appréciation de quelques circonstances de la maladie, pourront peut-être diminuer cette incertitude.

1° Nous ne ferons que rappeler ici ce que nous avons dit de la ponction explorative, du cathétérisme, de l'emploi du spéculum, des bougies à empreinte, des stylets etc;.. ces opérations faisant partie des sources du diagnostic fournies par l'application des sens. Les seules remarques qui se rattachent ici aux incertitudes du diagnostic, c'est que tantôt il n'est pas possible, tantôt il n'est pas prudent de recourir à ces explorations, tantôt enfin elles peuvent induire en erreur : soient les symptômes rationnels d'un calcul vésical; le malade a un rétrécissement considérable de l'urèthre et le diagnostic reste incertain, parce que le cathétérisme est impossible. Soit une plaie des parois de l'abdomen, on ignore si elle est pénétrante; le passage d'une sonde pourrait peut-être l'apprendre, mais cette exploration serait imprudente, car elle pourrait déplacer un caillot de sang qui bouche un vaisseau et ramener une hémorrhagie; elle pourrait encore déchirer des adhéren-

ces qui fermaient une plaie de l'intestin et entraîner un épanchement de matières intestinales promptement mortel.

L'on a vu une ponction exploratrice, faite dans le but de s'assurer de la vascularité d'une tumeur, être suivie d'une hémorrhagie produite par la blessure d'une artère voisine. Cet accident fit supposer à tort que la tumeur était très-vasculaire : dans d'autres cas la ponction, faite avec une aiguille très-fine, exécutée pour juger si une tumeur est solide ou pleine de liquides conduira à penser que l'on a affaire à une collection de liquides, si la tumeur renferme une matière très-friable, qui se laisse aisément diviser par l'aiguille dans tous les sens; car alors les mouvemens de l'aiguille sont à peu près aussi libres que si l'instrument était plongé dans une poche pleine de liquides.

2° La marche de la maladie et son observation journalière font souvent cesser les incertitudes du diagnostic; ce qui tient à ce que deux maladies peuvent bien offrir des symptômes analogues à une certaine époque de leur durée, tandis qu'il est excessivement rare que ces symptômes soient les mêmes jusqu'à la fin.

3° Les résultats d'un traitement spécifique employé contre une maladie dont la nature est douteuse font, dans certains cas, cesser toute incertitude de diagnostic. Citerai-je l'exemple banal d'engorgemens du testicule que nous voyons fondre et dispa-

raître sous l'influence d'un traitement antisyphilitique?

4° Les obstacles qui s'opposaient à l'examen n'existant plus, celui-ci peut alors se procurer les notions qui manquaient à l'établissement du diagnostic: c'est ce que l'on observe quand, après quelques jours de repos, le gonflement inflammatoire ayant beaucoup diminué, on peut explorer plus exactement la région blessée.

5° L'incertitude du diagnostic disparaît encore pendant ou après une opération, et c'est l'opération qui la fait cesser. C'est ce que l'on peut observer, quand on opère une hernie inguinale, et qu'en commençant l'opération on ignore si elle est interne ou externe. Le nombre et la disposition des enveloppes du sac herniaire font cesser l'incertitude; c'est encore ce qui a lieu, quand on opère pour une maladie qui offre les symptômes communs à la hernie inguinale étranglée, et à l'étranglement du cordon testiculaire.

Après l'extirpation d'une tumeur du sein dont la nature était douteuse, l'inspection des parties enlevées fait cesser l'incertitude, en montrant que l'on a enlevé une masse squirrheuse ou encéphaloïde, ou un engorgement lymphatique, un kyste: notions importantes, puisque les craintes de la récidive en dépendent.

Pour quiconque a des connaissances précises en anatomie pathologique, il est évident que les altérations de tissu, la dégénérescence de nos organes

sont si variées, qu'il y aura toujours des causes d'incertitude, lorsqu'une tumeur développée dans une partie quelconque du corps n'offrira aucun de ces caractères qui appartiennent à des maladies bien connues, comme l'anévrysme, la hernie, le lipôme, l'abcès. Si, après l'extirpation des tumeurs anormales, on est encore dans l'incertitude touchant leur nature; si on ne sait à quel tissu morbide on doit les rapporter, comment pourrait-on justifier la prétention d'en préciser le diagnostic?

La cause d'incertitude dont je viens de parler peut se présenter à l'occasion des maladies chirurgicales, siégeant indifféremment dans presque toutes les parties du corps; mais il est des régions où l'arrangement, la variété des tissus organiques, les rapports avec les organes environnans rendent les affections chirurgicales si nombreuses et si fréquentes, qu'il est souvent difficile de reconnaître qu'elle est celle de ces affections à laquelle on a affaire. Telle est, entre autres, la région de l'aine. Admettez en effet que la tumeur soit le symptôme commun à presque toutes les affections de cette région, et qu'il y ait absence de ces caractères distinctifs qui, comme la réductibilité, la transparence, etc., appartiennent plus spécialement aux unes qu'aux autres; et vous serez forcé d'admettre qu'il pourra se présenter tel cas où le chirurgien n'aura aucun motif légitime de se prononcer plutôt pour une maladie que pour une autre. Supposez maintenant le cas où, dans cette région circon-

scrite, il y a non plus une seule maladie, mais deux, mais trois, donnant naissance à une tumeur composée, cachée sous les tégumens communs, et vous verrez se multiplier les causes d'incertitude et d'erreur.

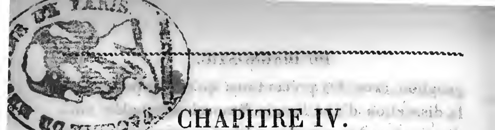
Dans certaines circonstances où le chirurgien n'a pas de doutes sur l'espèce d'affection qui est offerte à son examen, il peut rester incertain sur plusieurs circonstances de la lésion, comme la cause, l'étendue, l'adhérence, la mobilité, circonstances sur lesquelles il serait bon d'être fixé avant d'entreprendre le traitement. S'agit-il d'une fistule à l'anus ou d'une tumeur lacrymale, il ne faudrait pas les opérer de suite, s'il y avait quelque doute sur l'origine siphylitique de ces affections. Faut-il extirper une tumeur dans une partie importante du corps? il serait imprudent de l'entreprendre, s'il restait de *l'incertitude* sur ses rapports avec les gros vaisseaux, son adhérence à certaines parties, la possibilité de la déplacer du lieu qu'elle occupe.

Je terminerai ce chapitre des *Incertitudes*, que j'aurais pu allonger davantage, si on n'en devait trouver le complément au chapitre des *Erreurs*, par une réflexion pratique sur la conduite à tenir dans le cas d'incertitude de diagnostic. Lorsque des accidens graves sembleront réclamer un prompt secours, il faudra, en général, mettre les choses au pis, et se comporter comme si l'on avait affaire à l'affection la plus dangereuse; on conçoit, par exemple, qu'il y aura peu d'inconvéniens à inciser l'abcès d'un

ganglion avec les précautions qu'on apporterait à la dissection d'une hernie fémorale étranglée, tandis que les plus grands accidens pourraient survenir, si l'on ouvrait cette dernière comme un abcès. Mais, s'il n'y avait pas d'accidens occasionnés par l'affection chirurgicale sur laquelle on est en doute, et si l'opération applicable à l'une des maladies soupçonnées ne pouvait convenir à l'autre, et n'était pas sans danger, il serait plus convenable de s'abstenir :

In dubio, abstine.

—



CHAPITRE IV.

DES ERREURS DU DIAGNOSTIC, DANS LES MALADIES CHIRURGICALES.

—

Après avoir annoncé que le diagnostic des maladies chirurgicales est en général plus précis que celui des maladies internes, après avoir passé en revue les nombreux moyens de l'établir, il semblerait qu'il dût rester à peine quelque chose à dire dans le chapitre *des Erreurs*. Quelle sera donc la surprise du lecteur à la vue de cette longue suite d'erreurs commises dans la pratique de la chirurgie? liste qui serait plus considérable sans doute si tous les chirurgiens avaient apporté à l'aveu de leurs fautes le même empressement qu'ils mettent à vanter leurs succès.

Plusieurs de ces erreurs, à la vérité, témoignent de la négligence ou de l'impéritie du chirurgien; mais quelques-unes ont été commises par des chirurgiens expérimentés, et l'appréciation des circonstances où la faute a eu lieu montre combien il eût été difficile, pour ne pas dire impossible de l'éviter. C'est qu'en effet les maladies chirurgicales elles-mêmes sont loin de se présenter constamment avec le cortège de symptômes qui pourraient

les faire reconnaître avec facilité; c'est que souvent les symptômes de la maladie sont masqués par des phénomènes accessoires qui détournent l'attention du chirurgien; c'est que plusieurs maladies ont des symptômes tellement semblables qu'il est à peu près impossible de ne pas prendre l'une pour l'autre; c'est que deux maladies peuvent exister simultanément, et alors, tantôt elles offrent toutes deux les mêmes symptômes, tantôt l'une d'elles a des symptômes qui obscurcissent ceux de l'autre; c'est que, par suite de variétés anatomiques congénitales ou acquises, la maladie se présente dans un lieu où on ne la rencontre pas habituellement; c'est qu'une maladie est excessivement rare ou qu'elle se présente pour la première fois à l'observation, etc. Cette généralisation rapide des causes d'erreur, si elle ne peut légitimer la conduite du chirurgien suffit du moins pour l'excuser dans un grand nombre de cas.

En rapprochant les cas d'incertitude de ceux d'erreur de diagnostic, on ne peut s'empêcher de reconnaître entre eux une analogie frappante, et cela devait être, puisque les causes du doute pour certaines personnes sont pour d'autres, moins instruites ou moins attentives, des causes d'erreur.

Les fautes de diagnostic s'observent dans les mêmes circonstances que les incertitudes; comme elles aussi, elles portent sur différens états de la maladie, soit sur sa nature, soit sur sa simplicité ou sa complication, soit sur son étendue, son siége précis, ses rapports avec les parties voisines, etc.

En traitant de l'emploi des sens appliqués à la recherche du diagnostic des maladies, nous avons indiqué les causes physiques d'incertitude ou d'erreur, les précautions à prendre pour les éviter. En parlant du raisonnement, nous avons également montré son importance pour l'établissement d'un bon diagnostic. Nous avons donc poursuivi dans cette partie de notre thèse, les élémens plus actifs de l'incertitude et de l'erreur, en sorte qu'ici, comme dans le chapitre des incertitudes, il ne nous reste plus qu'à rechercher dans quelles maladies ces élémens groupés en plus ou moins grand nombre ont entraîné l'erreur.

Dans les trois chapitres qui précèdent nous avons été sobres d'observations particulières, et nous nous sommes tenus autant que possible dans les généralités de notre sujet. Ici, au contraire, nous avons pensé qu'il était important de rassembler un grand nombre de faits, et, pour ne pas les entasser sans ordre, nous nous sommes efforcés de tirer de leur comparaison quelques caractères communs qui nous ont servi à les grouper.

§ Ier *Erreurs de diagnostic, provenant de ce que deux maladies présentent des symptômes semblables.*

On pourrait s'étonner de nous voir établir une pareille classe d'erreurs, puisque les fautes du chirurgien proviennent presque toujours de ce qu'il a pris les symptômes de la maladie qui existe pour des si-

gnes de la maladie qui n'existe pas. Mais nous n'entendons parler ici que des affections qui offrent entre elles une telle ressemblance, qu'il est à peu près impossible au chirurgien qui ne sait pas rester dans le doute, de ne pas prendre quelquefois l'une pour l'autre.

Obs. 1. — *Encéphaloïdes du testicule pris pour des hydrocèles.* — Le diagnostic de l'engorgement encéphaloïde du testicule offre souvent d'assez grandes difficultés. L'aspect piriforme ou ovalaire de la tumeur, sa mollesse et son élasticité, l'apparente fluctuation qu'on y ressent, peuvent la faire prendre pour une hydrocèle; et parmi les chirurgiens qu'une longue pratique dans les hôpitaux a mis à même de rencontrer fréquemment cette affection, il n'en est presque aucun qui n'ait fait l'aveu d'avoir commis une semblable méprise. Les faits suivans prouveront qu'elle est fréquente: 1° On voit dans la collection de Monro un testicule, à l'occasion duquel cette erreur a été faite; 2° une pièce semblable est conservée dans la collection de Jeffrey, de Glascow; 3 le premier malade dont Wardrop a rapporté l'histoire, a été ponctionné; 4° il en a été de même du quatrième; 5° Cooper dit qu'il s'y est trompé plus d'une fois; Pott, Hunter, Cline, et plusieurs autres y ont de même été pris; 6° j'ai vu Béclard plonger un trocart dans une énorme tumeur ovalaire du scrotum, il ne sortit que du sang; Béclard reconnut de suite une tumeur encéphaloïde, dont il fit l'extirpation, etc. » Aug. Bérard. *Thèse de concours*, 1834, p. 15.

Obs. 2.—*Engorgement du testicule pris pour une hydrocèle.* — Un jeune homme ayant eu quelques accidens vénériens, fut enfin atteint d'un véritable sarcocèle, avec un léger épanchement de sérosité dans la tunique vaginale. Pott lui conseilla un traitement antisyphilitique qu'il négligea de faire. — Un mois après, ce chirurgien le trouva ayant une grande fièvre, et le scrotum fortement enflammé. Il raconta alors que, deux jours auparavant, un chirurgien de marine prétendant que son mal n'était qu'une *hernie* aqueuse, lui avait fait avec une lancette une incision qui n'avait donné issue qu'à du sang, quoiqu'il eût passé quelques minutes à *farfouiller* la tumeur avec une sonde, dans l'espoir d'obtenir de l'eau. — Un traitement antiphlogistique fut employé; mais presque tout le testicule tomba en pourriture. (Pott. *OEuv. chir.*, t. 2, p. 117.)

Obs. 3.— *Hydrocèle prise pour un sarcocèle.* — M. D**, de St-Domingue, homme de couleur, âgé de quarante ans, s'étant froissé le testicule droit, y ressentit, pendant plusieurs années, de vives douleurs. A son arrivée à Paris, le testicule était dur, inégal, pesant, sensible, et il était le siége de douleurs lancinantes. Dupuytren pratiqua l'extirpation. Après la première incision, ayant reconnu un point fluctuant, il l'ouvrit; une humeur roussâtre et inodore qui en sortit ajouta une nouvelle certitude au diagnostic : l'extirpation fut achevée. L'examen de la pièce fit voir que la tumeur était formée par la tunique vaginale devenue cartilagineuse, et que le liquide qui s'en était échappé lors de l'opération devait ses qualités à du sang fourni

par une perforation régulière arrondie, pénétrant jusque dans l'intérieur du testicule qui, lui-même, était sain. *Sabatier, édition Sanson et Begin*, tom. III, p. 27.

Obs. 4. — Tumeur de la tunique vaginale prise successivement pour une hydrocèle et pour un sarcocèle. — Un porteur d'eau avait une tumeur du scrotum qui fut prise par un chirurgien pour une hydrocèle double, et traitée par une double ponction. Le côté droit fournit un peu de sérosité ; le gauche du liquide sanguinolent. Le malade se présenta à la Charité. La tumeur était dure, et de vives douleurs s'y étaient développées depuis l'opération; Boyer et Deschamps crurent à un squirrhe du testicule gauche. En conséquence, l'opération fut pratiquée ; la tunique vaginale, épaisse de huit à dix lignes, formait la tumeur ; le testicule extirpé était sain. (*Boyer*, t. 10, p. 307.)

Obs. 5. — Encéphaloïde de la cloison inter-vaginale méconnue. — Un homme de 40 ans portait une tumeur du scrotum qui fut prise pour une hydrocèle, et vidée par la ponction; le testicule parut augmenté de volume et, comme une partie de la tumeur persistait, on pensa que la tunique vaginale était indurée. Plus tard, la tumeur s'étant reproduite, et ayant atteint le volume de la tête, on songea à pratiquer l'opération de la castration, dont on ne fut détourné que par l'existence d'une tumeur dans le ventre; une ponction fut pratiquée, par laquelle il s'écoula quatre livres de sérosité jaunâtre ; après cette opé-

ration on put constater que le testicule avait son volume ordinaire ; la tumeur n'avait pas diminué de plus d'un tiers. Par quoi était-elle formée ? on s'arrêta à l'idée d'un kyste rempli de liquide, et l'on enfonça un trocart dans le point qui semblait le plus ramolli, mais on n'obtint que du sang que la ponction faisait jaillir. A l'autopsie, on trouva la cloison inter-vaginale épaisse de quatre à cinq pouces, et transformée en tissu encéphaloïde. (*Archives*, t. XVII, p. 457.)

Obs. 6. — *Épiplocèle pleine d'hydatides prises pour un hydrocèle.* — Un jeune homme de 20 ans avait une tumeur qui se présentait sous la forme d'une hydrocèle. Lamorier, chirurgien de Montpellier, voulut en opérer la cure radicale. L'incision faite, il reconnut que l'épiploon rempli d'hydatides formait la maladie. (*Mémoires acad. chir.*, t. III, p. 404.)

Obs. 7. — Un chirurgien très-expérimenté, trompé par la transparence et la légèreté d'une tumeur du scrotum, dans un enfant, la prit pour une hydrocèle, et y plongea le trocart pour en évacuer l'eau ; mais il ne sortit qu'une petite portion d'épiploon. Ce chirurgien reconnut alors son erreur, ouvrit le sac herniaire, coupa l'épiploon, et le malade guérit sans éprouver aucun accident. (*Warner cité par Lassus. Méd. opér.*, t. I, p. 218.)

Obs. 8. — *Hydrocèle enkystée, réductible par la compression prise pour une hernie.* — Boyer a vu un enfant de 5 ou 6 ans chez lequel on pouvait faire rentrer une hydrocèle enkystée par l'anneau inguinal, en la

poussant de bas en haut suivant la direction du cordon; et aussitôt qu'on cessait de comprimer, elle reparaissait; aussi l'avait-on prise pour une hernie. (*Mal. chirurg.*, t. X, p. 230.)

Obs. 9. — *Hydrocèle enkystée dans le tissu cellulaire qui entoure le ligament rond de l'utérus, prise pour une hernie.* — Une femme portait une tumeur ovoïde, lisse, à peine douloureuse, et rénitente comme une vessie remplie de liquide, située obliquement au-dessus de l'aine gauche, et se prolongeant dans la grande lèvre de ce côté. Comme cette région avait été occupée quelques mois auparavant par une tumeur que la compression faisait disparaître, plusieurs médecins regardèrent cette maladie comme une hernie; et en conséquence, on mit à nu la tumeur qui n'était autre chose qu'un sac distendu par une énorme quantité de sérosité jaunâtre, et dont la surface interne était rugueuse. C'était un épanchement de liquide dans la gaine celluleuse du ligament rond. (Paletta. *Archives*, t. 26, p. 378.)

Obs. 10. — *Hydatide simulant une hernie.* — Sur le cadavre d'une vieille femme, on trouva une tumeur globuleuse du volume d'une petite noix, d'une élasticité remarquable, placée immédiatement au-dessous du bord inférieur du ligament de Fallope, à une distance égale de la symphyse du pubis et de l'épine iliaque antérieure et supérieure, ressemblant aux hernies marronnées, mais ne rentrant point par la pression. On crut que cette tumeur était une hernie crurale avec adhérence; mais la dissection

démontra qu'elle était formée par une hydatide un peu allongée et ovoïde, qui avait contracté des adhérences avec le ligament de Fallope. (*Archives*, t. XIX, p. 581.)

Obs. 11. — *Tumeur graisseuse prise pour une hernie.* — Un prince était affecté, au rapport de plusieurs médecins de mérite, d'un épiplocèle un peu au-dessus de l'ombilic et à gauche. Bien qu'en examinant la partie, Morgagni reconnût une tumeur molle, peu saillante, circulaire; comme il n'y sentit rien d'inégal, il suspendit son jugement. Quelque temps après, le sujet étant mort, on vit qu'il s'agissait d'une accumulation de la graisse dans les cellules du tissu adipeux extérieur au péritoine. (*Morg. de Sedib. et caus., Morb.* Epist. XLIII. § 10.)

Obs. 12. — *Tumeur graisseuse simulant une hernie.* — Morgagni rapporte d'après Schulzius l'observation d'un homme où l'on prit d'autant plus facilement pour une hernie la graisse qui accompagnait en abondance le cordon spermatique, que le sujet était du reste extrêmement maigre. (*De sed. et causis Morb.* Epist. XLIII. § 10.)

Obs. 13. — *Tumeur graisseuse prise pour un bubonocèle.* — Morgagni rapporte, d'après Pteschius, qu'un homme doué d'un grand embonpoint avait une tumeur graisseuse d'autant plus susceptible d'induire en erreur que la graisse, s'étant amassée dans le tissu cellulaire du péritoine, s'était échappée par l'anneau dans le scrotum d'un côté seulement, et en si grande quantité que la tumeur représentait

un oschéocèle. (*Morgagni de sedibus et causis Morb.* Epist. XLIII. § 10.)

Obs. 14.—*Tumeurs graisseuses prises pour des hernies épiploïques.*—Pelletan a observé des tumeurs graisseuses qui, extérieures au péritoine et engagées dans l'anneau inguinal et le scrotum, simulaient parfaitement des hernies épiploïques par leur mollesse, l'inégalité de leur surface et leur réductibilité. (*Pelletan, clin. chir.*, t. III, p. 33.)

Obs. 15.—*Tumeur graisseuse prise pour une hernie.*—Un homme vient à l'hôtel-Dieu pour des coliques habituelles qu'il éprouvait depuis plusieurs années: on reconnaît une petite hernie au-dessus de l'ombilic, et on trouve seulement un paquet graisseux qu'on emporte. Dès ce moment les coliques ont disparu. (*Cruveilhier, Essai sur l'anatomie patholog.*, t. II, p. 268.)

Obs. 16.—*Fracture du col du fémur sans raccourcissement, méconnue.—Manœuvres.—Déviation.*—Un homme avait fait une chute sur le grand trochanter; une forte contusion sans raccourcissement du membre en fut le résultat. On put faire exécuter de légers mouvemens au membre, quoiqu'il y eût beaucoup de douleur: Sabatier jugea que la cuisse n'était ni fracturée ni luxée, cependant quelques jours après il vit le raccourcissement se produire pendant les mouvemens qu'il essayait de faire faire au membre. La fracture fut alors reconnue, le malade guéri, avec un peu de claudication. (*Sabatier, Mém. Acad. chir.*, t. IV, p. 635.)

Obs. 17. — *Hydropisie enkystée prise pour un hydropéricarde. Opération. Mort.* — Un homme fut reçu à l'hôpital de la charité avec des symptômes que les uns attribuaient à une maladie du cœur, les autres à une hydropisie du péricarde. Desault partageant cette dernière opinion ouvrit avec les précautions requises, la poitrine entre la sixième et la septième côte gauche. Le doigt indicateur porté dans la poitrine par cette incision, Desault sentit une espèce de poche pleine d'eau qu'il prit pour le péricarde : cette poche fut ouverte et donna issue à 5 ou 6 onces de sérosité. Le malade mourut le lendemain. Le péricarde était intact. La poche qui avait été prise pour ce sac membraneux, était formée par une membrane qui unissait le bord antérieur du poumon à ce même sac. Le péricarde contenait un peu de sérosité rougeâtre, mais le cœur était atteint d'anévrisme passif. Boyer, t. VII, p. 411.

Obs. 18. — *Rétention d'urine causée par une tumeur hydatique développée entre la vessie et le rectum.* — Un homme de 61 ans portant plusieurs tumeurs à l'abdomen fut pris à différentes reprises de rétention d'urine pour lesquelles il fut sondé chaque fois avec difficulté. Enfin l'introduction de la sonde devint impossible, arrêtée qu'elle était au col de la vessie. Les tumeurs de l'abdomen s'opposant à la ponction hypogastrique, on eut recours à celle par le rectum; avec d'autant plus de confiance que le doigt introduit par l'anus y sentait une tumeur molle et fluctuante. Le trocart était à peine introduit qu'il s'é-

coula à la fois par son orifice et par l'urètre une grande abondance de liquide, mais de propriétés bien différentes : l'un en effet était de l'urine reconnaissable à ses qualités physiques, celui qui coulait par le trocart était le contenu d'un kyste qui, placé entre le rectum et la vessie, s'était opposé à la sortie de l'urine, en comprimant le col de ce dernier organe. (Lesauvage, *Bulletin de la Faculté de méd.*, 1813, p. 439.)

Obs. 19. — *Rétention d'urine prise pour une ascite.* —Un jeune homme, après une chute sur les lombes, devient paralytique; l'urine sortait involontairement; cependant, le ventre se tuméfiant prodigieusement, on allait faire la ponction, lorsque l'exploration de la vessie par le rectum faite par le conseil de Franck fit jaillir l'urine par l'urètre. On sonda et on fit sortir en deux fois 24 livres d'urine. La sonde d'abord laissée à demeure fut ôtée quelques jours avant la mort du malade, déterminée par les progrès de l'affection de la région lombaire; on trouva 80 livres d'urine dans la vessie qui refoulait le diaphragme dans la poitrine. (Franck, cité par Boyer, t. IX, p. 181.)

Obs. 20. — *Rétention d'urine prise pour une ascite.* —Une femme délicate sentit son ventre grossir sans cause appréciable et sans éprouver d'incommodité: cependant son ventre continua à s'élever et il survint une infiltration excessive aux membres inférieurs. Cette infiltration s'étendit bientôt aux parties supérieures. La malade fut jugée hydropique et on fit

venir un chirurgien, pour lui faire la ponction. Le flot du liquide contenu dans le ventre était évident. On prescrivit quelques diurétiques avant d'en venir à l'opération. Dans l'intervalle, la malade se plaignit de suppression totale d'urine depuis trois jours. La sonde amena 18 livres d'urines et procura l'affaissement de la tumeur abdominale, l'anasarque se dissipa, etc. (Murray cité par Boyer, t. IX, p. 179.)

Obs. 21.—*Rétention d'urine prise pour une hydropisie.* — Wandœhren s'est fait honneur d'avouer qu'il avait donné ses soins à une femme qu'il croyait hydropique, et qui mourut d'une rétention d'urine et de la crevasse qui se fit à la vessie. *Chopart*, I-346.

Obs. 22. — *Hydropisie ascite prise pour une rétention d'urine.* — Les auteurs ont prévenu les chirurgiens du danger de prendre une rétention d'urine pour une hydropisie, et de pratiquer dans ce cas la paracenthèse. Il faut aussi se garder de prendre une hydropisie pour une rétention d'urine et de pratiquer alors le cathétérisme avec trop de vigueur. Par suite d'une erreur semblable, on avait poussé la sonde jusque dans la vessie qui était vide; on se croyait arrêté par un rétrécissement de l'urètre; on pressa davantage. La vessie fut percée et tout le liquide d'une hydropisie ascite s'écoula par la sonde placée dans l'urètre. On eut occasion de vérifier cet accident par l'ouverture du cadavre. (Thèse de M. Bérard, aîné, p. 33.)

Obs. 23. — *Lipôme avec fluctuation.* — M. Lisfranc, ayant eu à traiter une tumeur d'une forme irrégu-

lière, d'un volume considérable, du poids d'environ 3 livres, située à la partie postérieure et latérale du cou, crut y reconnaître de la fluctuation et fit une ponction explorative; aucun liquide ne s'écoula, la tumeur fut enlevée; c'était un lipôme. (*Archives*, t. XII, p. 617.)

Obs. 24. — Fongus synovial pris pour un abcès. — Sennert rapporte qu'à la suite d'une contusion, il survint au-dessus de la malléole externe une tumeur qu'un empirique ignorant et grossier prit pour une luxation qu'il s'efforça de réduire. Cette tumeur fit des progrès, s'étendit sur la face supérieure du pied; puis entre les os du métatarse qu'elle écarta les uns des autres.. La peau avait conservé sa couleur. Un chirurgien, ayant cru sentir de la fluctuation dans cette tumeur qui était molle et douloureuse, y fit une incision d'où il ne sortit que du sang et une masse spongieuse pleine de sang noir. Une autre incision, pratiquée sur une nouvelle tumeur de la plante du même pied, laissa sortir une substance charnue de même nature que celle qui était sortie de la première. De nouveaux fongus d'un volume énorme nécessitèrent bientôt l'amputation du pied. Celle-ci n'empêcha pas la mort; car de nouveaux fongus se manifestèrent sur la plaie et dans la région inguinale du même côté. Fabr. Hildan, cent. II, obs. 35, p. 110.

§ II. — *Erreurs de diagnostic provenant de ce que deux maladies ont des symptômes analogues.*

C'est ici que se range le plus grand nombre des erreurs de diagnostic. En parcourant la liste de celles qui sont ici relatées, on verra que presque toujours la faute a été commise, parce que le chirurgien a négligé de faire l'examen attentif de toutes les circonstances qui se rattachent à la maladie. Nous devons ajouter qu'il en est quelques-unes où la méprise suppose ou une ignorance profonde, ou une incurie extrême, ou une préoccupation bien grande de la part de l'homme de l'art.

Obs. 25. — *Hydro-encéphalocèle, pris pour une hydropisie enkystée et une loupe. — Opération. — Mort.* — Un enfant nacquit avec deux tumeurs à la partie postérieure de la tête. L'une, contenant un liquide transparent, était longue d'environ deux pouces et demi, et avait une forme ovalaire : adhérente par l'une de ses extrémités à la partie moyenne de l'occipital, elle était libre et flottait sur le cou par l'autre. La seconde tumeur, située à côté de la première, n'en était séparée que par un repli de la peau légèrement enfoncée en cet endroit. Elle avait la grosseur d'un œuf de poule, et les tégumens, couverts de cheveux, laissaient distinguer au toucher une masse de la consistance du stéatome qui paraissait tenir à l'os par un gros pédicule, ne cédait pas à la compression et n'offrait aucun battement. Les parens

exigèrent l'extirpation de ces tumeurs, que le chirurgien, trompé par l'absence des signes caractéristiques de l'encéphalocèle, entreprit, bien qu'à regret. La dissection des tégumens lui montra une communication entre l'intérieur du crâne et les tumeurs au moyen d'une perforation moins considérable que la masse herniée, et donnant à la fois issue à cette masse et à l'hydrocéphale. L'ablation fut néanmoins achevée; mais l'enfant mourut quelque heures après. Journ. de Desault, t. III, p. 327. — Ce qui avait contribué à faire prendre l'hydrocéphale pour un kyste, c'est qu'effectivement une partie de la tumeur aqueuse était formée par un kyste, distinct de l'autre partie qui communiquait avec le crâne.

Obs. 26. — Enfoncement au centre de bosses sanguines, pris pour des fractures du crâne. — Un enfant, en tombant dans une cave, se fit une bosse de la grosseur d'une poire, occupant la tempe, du coin de l'œil au-devant de l'oreille. Trois chirurgiens pensèrent qu'il y avait un enfoncement des os du crâne, et qu'il faudrait trépaner. Cette erreur était causée par la mollesse du centre de la tumeur qui se déprimait sous le doigt, pendant que la circonférence résistait comme les bords d'un enfonçure. Une pulsation très-forte confirmait encore cette erreur, en faisant attribuer au soulèvement de la dure-mère ce qui n'était que le résultat de la lésion de l'artère temporale, comme J.-L. Petit le démontra par l'incision qui fut faite sur la tumeur, pour donner

issue au sang épanché entre le muscle temporal et les tégumens. J.-L. Petit, t. 1, p. 49, *mal. chir.*

Obs. 27. — Le fils d'un coutelier, âgé de dix ans, se fit en tombant une bosse occupant toute l'étendue de la suture sagittale. On y sentait une pulsation si forte, que plusieurs crurent, en touchant cette bosse, que la suture sagittale était écartée; ce qui n'était pas. En effet, J.-L. Petit, par une incision, fit sortir tout le sang épanché; puis, le sang continuant à couler, il l'arrêta par la compression, et fit ainsi cesser les pulsations dues seulement à la lésion des vaisseaux. *Loc. cit.*, p. 50.

Obs. 28. — Un enfant venait de recevoir un coup de bâton sur le pariétal droit. Ce coup produisit à l'instant une bosse de la grosseur d'un œuf de poule, dont le milieu était mou; ce qui faisait croire, en y touchant, qu'on enfonçait le doigt plus avant que la convexité du crâne. Aussi, croyait-on à l'existence d'un enfoncement, d'autant plus que la circonférence de la tumeur était ferme, et résistait comme auraient fait les bords d'une enfonçure du crâne des plus considérables. Un bandage et des résolutifs dissipèrent cette tumeur sans enfoncement. J.-L. Petit, *Mal. chir.*, t. 1, p. 47.

Obs. 29. — *Tumeur sanguine simulant un encéphalocèle.* — Un médecin fut appelé pour un enfant d'un mois sur la tête duquel, quelques jours après la naissance, on avait aperçu une tumeur ovoïde située à la fontanelle postérieure du côté droit, qui augmenta pendant les trois premières semaines. Cette

tumeur lisse, sans changement de couleur à la peau, était molle mais légèrement résistante, diminuait de volume par la compression exercée de haut en bas, offrait des battemens isochrones à ceux du pouls et quelques mouvemens confus qu'on regarda comme analogues aux mouvemens respiratoires : on diagnostiqua une encéphalocèle. — L'on prescrivit la compression de la tumeur qui diminua effectivement par ce moyen; mais, loin d'être rentrée dans le crâne qui, trois semaines après était en partie ossifié, elle s'était répandue en bas en fusant vers la suture lambdoïde, et les battemens avaient disparu. C'était donc un épanchement sanguin et non une hernie du cerveau. (Michel, *Gaz. méd.*, 1833, p. 183.)

Obs. 30. — *Fongus des os du crâne, pris pour un abcès.* — Un soldat, âgé de 22 ans, éprouva des vertiges, des bourdonnemens d'oreille, avec un sentiment de tension au côté droit de la tête, sans fièvre. On découvrit à la région pariétale droite un point de la largeur d'une pièce de 5 francs, médiocrement gonflé et à demi-mou, limité par un bord osseux, sans fluctuation ni pulsation, cédant sous le doigt, et causant peu de douleur quand on le comprimait davantage. La vue, du côté droit, était affaiblie. Croyant avoir affaire à un dépôt purulent, on incisa la peau en croix; mais on vit sortir une masse molle, rougeâtre, parsemée de vaisseaux, et il survint une hémorrhagie. La tumeur fut peu à peu détruite par les caustiques, et l'on découvrit la surface de l'os, saignante, inégale, et présentant

dans un point un vide de la grosseur d'un tuyau de plume dans lequel s'enfonçait une portion de la tumeur. On ne put savoir si celle-ci pénétrait jusqu'à l'intérieur du crâne; la cautérisation de l'os détermina la formation de bourgeons charnus et la guérison. Eck, *Archives*, t. 22, p. 227.

Obs. 31. — Flajani assure qu'un athérome du cuir chevelu fut pris par beaucoup de médecins pour un fongus de la dure-mère ou une hernie du cerveau. Ils ne le crurent pas susceptible de guérison. Un empirique ayant fait la ponction de la tumeur, beaucoup de matière pultacée sortit par l'ouverture et la cure fut bientôt parfaite. *Dict. des scien. médic.*, t. XXIX, p. 104.

Obs. 32. — *Mucus nasal, pris pour la substance cérébrale.* — Un homme avait reçu au dessus du sourcil un coup qui avait ouvert le sinus frontal : la plaie fournit, dès le second pansement, des flocons de matière blanchâtre qu'un chirurgien prit pour des portions de la substance du cerveau. Maréchal, qui fut appelé, reconnut que la plaie n'allait pas au delà du sinus, et que cette matière blanchâtre n'était que du mucus. *Mém. académ. de chirurgie*, t. II, p. 159, in-12.

La membrane qui tapisse le sinus peut, lorsqu'elle n'est point déchirée, recevoir par la respiration un mouvement qui imite celui de la dure-mère; ce qui peut encore contribuer à faire croire que la plaie intéresse toute l'épaisseur du crâne. Boyer, t. VI, p. 187.

Obs. 33 — *Tumeur à la mâchoire, qui en a imposé pour une exostose:*—Un homme portait une tumeur de la mâchoire inférieure qui détermina des abcès au dedans et au dehors de la bouche. Après l'ouverture de ces abcès, on reconnut une tumeur dure qu'on prit pour une exostose : ce n'était pourtant qu'un corps étranger du volume d'un œuf de poule, dur, mobile, logé dans une cavité formée par l'écartement des lames ramollies de l'os maxillaire, ce que démontra l'autopsie. *Mém. acad. chirur.*, t. V, p. 352. — Si on eût reconnu cette disposition, il eût été facile d'extraire ce corps ; ainsi que Dupuytren l'a démontré par sa pratique.

Obs. 34. — *Fistule dentaire, prise pour un ulcère cancéreux.* La lésion de la dent canine de la mâchoire supérieure cause quelquefois une fistule qui a son siége près de l'aile du nez, dans l'enfoncement qui sépare la lèvre supérieure de la dent correspondante. J'ai vu une fistule de cette espèce qu'un chirurgien avait prise pour un ulcère cancéreux, et pour laquelle il avait prescrit au malade l'extrait de ciguë pendant plus d'une année. Les fonctions de l'estomac en avaient été dérangées et la constitution de l'individu était fort altérée. Je fis arracher la dent canine, dont la racine était altérée : deux jours après, la fistule était guérie. — Boyer, t. VI p. 248.

Obs. 35. — *Grenouillette prise pour un abcès froid.* — Quelquefois, il arrive que la grenouillette, au lieu d'étendre ses progrès vers la bouche, se porte

au-dessous de la mâchoire et sur la partie latérale et antérieure du cou, où elle forme une saillie quelquefois très considérable. Dans ce cas, elle pourrait être prise pour un abcès froid, ou pour un engorgement lymphatique; et, si l'on en faisait l'ouverture ou si elle s'ouvrait d'elle-même, il en résulterait une fistule, qu'il serait peut-être impossible de guérir. Boyer a vu deux fois des hommes de l'art très instruits commettre cette méprise. Heureusement, on se borna à appliquer des emplâtres fondans sur la tumeur, qui fut ensuite guérie par l'opération convenable. Boyer, t. VI. p. 306.

Obs. 36. — *Vésicule biliaire dilatée; prise pour une hydropisie enkystée; pour des abcès.* Une demoiselle avait une tumeur à la région du foie; cette tumeur était d'une étendue si considérable et accompagnée d'une fluctuation si sensible, qu'elle fut prise pour une hydropise enkystée. On y fit laponction, et au lieu de sérosité, il en sortit deux pintes de bile très verte et fort glu ante. La malade mourut. J. L. Petit. *Mém. Acad. chir.*, t. 1 p. 153.

Obs. 37. —On ouvrit une tumeur que l'on croyait être un abcès au foie. Au lieu de pus, il en sortit environ une chopine de bile verte.—La malade succomba. J. L. Petit. *Loc. cit.* p. 156.

Obs. 38. —J. L. Petit fut appelé en consultation avec plusieurs médecins et chirurgiens, pour une tumeur du foie. Tous jugèrent qu'il y avait abcès, et J. L. Petit fut chargé de l'ouvrir. Incision faite de la peau, il s'aperçut de l'affaissement et de la diminution

de la tumeur et suspendit l'opération, pensant que ce prétendu abcès n'était que la bile retenue dans la vésicule du fiel, et que l'affaissement de la tumeur était dû à ce que le liquide avait commencé à couler. Cette opinion fut démontrée par la quantité de bile que le malade rendit quelques instans après, et par la guérison qui suivit bientôt. L C. p. 156.

Obs: 39. — On prit pour un abcès une tumeur qu'une dame portait à la région du foie; malgré l'avis de J. L. Petit on l'ouvrit. L'ouverture resta fistuleuse, et continua à fournir de la bile; on en fit même sortir plus tard un calcul biliaire. — J. L. Petit. *Mém. Aacd.*; *chir.* T. 1. p. 157.

Obs. 40. — Le même chirurgien fut appelé pour être présent à l'ouverture d'un abcès du foie chez un malade atteint d'ictère fébrile. Des frissons irréguliers s'étaient manifestés et une tumeur fluctuante considérable avait paru, en même temps que la douleur avait diminué sous l'influence des saignées et des laxatifs. J. L. Petit pensa que cette tumeur était la suite de la rétention de la bile qui, ne coulant plus par le canal cholédoque, avait dilaté la vésicule et soulevait les tégumens et les muscles de l'abdomen. — En conséquence de cette opinion qu'il fit partager à ses confrères, on continua le traitement déjà employé; et le retour de la bile dans les selles en grande quantité, détermina bientôt l'affaissement du prétendu abcès et la guérison du malade. L. C. p. 158.

Obs. 41. — Une observation semblable est rapportée

dans le même mémoire. L'erreur ici était encore plus facile à commettre : en effet, le malade, malgré l'accumulation de la bile dans la vésicule, avait tous les jours des selles bilieuses. *Loc. cit.* p. 167.

Obs. 42. — *Kyste hydatique de la grande lèvre, pris pour une hernie, excision, guérison.* Une fille de 12 ans, portait dans l'aine une tumeur qu'elle ne montra à sa mère que lorsque cette tumeur eut atteint la grosseur d'un œuf de poule. Plusieurs chirurgiens consultés alors, s'appuyant sur la forme ovale de la tumeur qui s'étendait de la grande lèvre à l'anneau du même côté, et sur ce qu'elle semblait augmenter et descendre quand la malade toussait ou criait, et paraissait se prolonger à travers l'anneau inguinal, diagnostiquèrent une hernie et conseillèrent un bandage. Desault s'étant assuré : 1° que la tumeur, quoique mobile, n'était pas réductible ; 2° qu'elle était transparente et fluctuante ; 3° qu'en la tirant en bas, elle s'éloignait de l'anneau et laissait entr'elle et cette partie, un vide où l'on pouvait enfoncer le bout du doigt, et constater qu'elle n'était formée par aucun prolongement du bas-ventre, reconnut un kyste hydatique, l'opéra et guérit la malade. Pendant l'opération, quand la malade criait, on voyait paraître à la partie supérieure de la poche, vers l'anneau inguinal, une tumeur qui disparaissait quand on exerçait sur elle une légère compression, ou quand la malade cessait de crier. C'était le péritoine qui, poussé avec l'intestin sur l'an-

neau, pendant les cris ou les efforts de l'enfant, avait induit en erreur. Journ. de Desault. T. I. p. 251.

Obs. 43. — *Kyste du vagin pris pour une hernie*. — Une femme âgée de 24 ans, ayant eu deux enfans, portait, à la partie postérieure et gauche du vagin, une tumeur ronde recouverte par la muqueuse, et de la grosseur d'un œuf de poule. La toux semblait augmenter son volume et la poussait à l'orifice du vagin, où elle se présentait également quand la malade restait long-temps debout. Ces circonstances jointes à la mollesse de son tissu et à la facilité avec laquelle on la repoussait sans cependant la faire disparaître, la faisaient prendre pour une hernie. Pelletan s'assura qu'il n'existait aucune continuité entre elle et les parties voisines, et qu'elle était fluctuante. Il reconnut alors un kyste du vagin qu'il guérit par l'incision. Pelletan, *Clin. chir.*, t. I, p. 230.

Obs. 44. — *Abcès du muscle iliaque, pris pour une hernie*. — Un ouvrier, âgé de 42 ans, fait une chute sur le côté droit. Quelques mois après, douleurs vives dans la région inguinale, tuméfaction avec crépitation emphysémateuse. On plonge le bistouri, il ne sort qu'un peu de sang; mais les jours suivans, il s'échappe des gaz et une matière roussâtre, sanieuse, d'une odeur de matières stercorales. La pression détermine un gargouillement sonore; on crut à une perforation intestinale. A l'autopsie, on trouva l'intestin parfaitement sain, et un vaste foyer

purulent dans le psoas et l'iliaque. (Dance, *Arch.*, t. 30 p. 158.)

Obs. 45. — *Tumeur sarcomateuse de l'ombilic, prise pour une exomphale.* — Une femme de 50 ans portait au-dessus de l'ombilic une tumeur qui augmenta peu à peu, et devint grosse comme la tête d'un enfant. Plusieurs chirurgiens la prirent pour une exomphale, et la traitèrent en conséquence. Ennuyée de son état, elle se confia à un charlatan qui appliqua des caustiques qui ne firent qu'aggraver le mal, et la jetèrent dans un état désespéré. Enfin, l'extirpation de la maladie vint à bout de tous les accidens. (*Jour. de méd. chir.* t. IV, p. 374.)

Obs. 46. — *Cystocèle prise pour une hydrocèle.* — Méry, appelé pour soulager le général d'une congrégation religieuse affecté d'une difficulté d'uriner découvrit, du côté gauche du scrotum, une tumeur énorme et fluctuante, qu'il prit d'abord pour une hydrocèle; mais le malade le tira d'erreur, en soulevant les bourses avec les mains. L'urine sortit par l'urètre, et la prétendue hydrocèle disparut entièrement. C'était une cystocèle inguinale.

Obs. 47. — *Cystocèle prise pour un rétrécissement de l'urètre.* — Un laboureur, à la suite d'une gonorrhée, avait une difficulté d'uriner, pour laquelle un chirurgien de campagne lui passait de temps en temps des bougies, pensant, vu l'amélioration qui s'en suivait, avoir affaire à des carnosités. Ce chirurgien assura à J.-L. Petit, que le malade avait un bubon qui paraissait et disparaissait plusieurs fois

par jour. Un examen et des questions convenables ayant fait reconnaître une cystocèle, mirent Petit en état de guérir le malade, à l'aide d'un bon bandage porté assidûment. J.-L. Petit, *Mal. chir.* p. 419, t. II, première édit.

Obs. 48. — *Hernie du colon, prise pour un entéro-épiplocèle.* — J.-L. Petit, en réduisant une hernie, diagnostiqua une hernie entéro-épiploïque, l'opération lui montra une hernie du colon, avec trois lobules ou appendices de la graisse qui accompagnent cet intestin. (*Mal. chir.* t. II, p. 308.)

Obs. 49. — J.-L. Petit rapporte qu'il fut présent à une opération de bubonocèle, où un de ces lobules était si gros et si alongé, que l'opérateur le prit pour l'épiploon, et l'aurait lié s'il n'eût été arrêté.

Obs. 50. — *Cystocèle prise pour des abcès.* — Un paysan eut une rétention d'urine; le périnée, le scrotum et l'aine droite s'enflèrent. La tumeur de l'aine augmentant toujours fut prise pour un abcès. A l'incision qui y fut faite, au lieu de pus, il sortit de l'urine. Le malade guérit par l'usage de la sonde, la précaution de le faire coucher sur le côté opposé à la fistule, et les moyens adoucissans locaux et généraux.

Obs. 51.—*Epiplocèle prise pour un varicocèle.* — On avait employé contre une tumeur de l'aine que portait un jeune homme, tous les astringens et les résolutifs capables de donner du ressort aux vaisseaux que l'on croyait affectés de varicocèle. Un examen attentif fit voir à Pipelet que c'était une hernie épi-

ploïque. Il en fit la réduction et la contint par un bandage. *Mém. acad. chir.*, t. V, p. 645.

Obs. 52.—Un officier de 25 ans, avait une épiplocèle de cette espèce; depuis dix ans il était traité pour un varicocèle. Pipelet ayant reconnu la méprise réussit comme dans le cas précédent. (L. C.)

Obs. 53. — *Double épiplocèle prise pour un engorgement des vaisseaux spermatiques.* — On lit (dans la *nosographie chirurgicale*, p. 426, t. IV) le fait suivant : « Un individu de 45 ans était alors affecté d'un » double sarcocèle que j'hésitais à opérer, les cor- » dons me paraissant plus durs, et surtout plus vo- » lumineux que dans l'état ordinaire. Enfin, vaincu » par les importunités du malade, je me décidai à » pratiquer la castration. Quelle ne fut point ma » surprise de trouver, au-devant des cordons, une » corde graisseuse que je reconnus aisément pour » un prolongement épiploïque. Il couvrait de chaque » côté le cordon parfaitement sain, et adhérent par » la partie inférieure à la partie supérieure de la tu- » meur qui recouvrait la tunique vaginale. Je liai » l'épiploon et le cordon tout ensemble sans que » cette ligature fût suivie d'aucun accident. » (Richerand, *nosogr.*, cinquième édition, t. IV, p. 426.)

Obs. 54. — *Hernie prise pour un bubon.* — M. Burdin jeune a vu, aux consultations de la société de médecine de Paris, un homme qui portait dans l'aine une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau. Un des plus illustres praticiens de Paris avait qualifié de bubon cette tumeur, qui

s'ouvrit d'elle-même et donna issue à un ver lombric et à des matières fécales. (*Arch.* 2e série, t. VI, page 57.)

Obs. 55. — *Hernie crurale, long-temps méconnue et prise pour une hernie inguinale.* — Un homme de 52 ans, portait depuis long-temps une hernie qu'il contenait à l'aide d'un brayer. Il fut pris d'une fièvre avec toux catarrhale, pour laquelle il requit les soins de son médecin accoutumé. Pendant le cours de cette maladie, il survint des vomissemens opiniâtres, puis des hoquets, qui furent attribués aux efforts de la toux et à l'expectoration difficile : le chirurgien ne fut appelé que le sixième jour. La hernie s'était échappée par dessous le bandage et répondait à l'anneau, comme si elle eût été inguinale. Pelletan pratiqua le taxis, puis l'opération, dans cette opinion : ce ne fut qu'au moment où il allait débrider l'anneau qu'il s'aperçut que la hernie ne passait pas par cette ouverture et qu'elle était crurale. Les manœuvres furent alors tournées de ce côté. Le malade guérit après plusieurs accidens qui ne sont pas de notre objet. Pelletan, *Clin. chir.*; *t.* III, p. 60.

Obs. 56. — *Hernie crurale prise pour une hernie inguinale.* — Pelletan dit avoir opéré, chez l'homme, des hernies qu'il croyait avoir leur issue par l'anneau inguinal, et n'avait reconnu son erreur qu'après avoir ouvert le sac et essayé d'introduire le bistouri dans l'anneau pour en opérer le débridement; alors seulement il s'aperçut que l'anneau n'était pas

même agrandi, et en soulevant la tumeur intestinale, il était conduit vis-à-vis l'arcade crurale. (Pelletan, *clinique chirurg.*, t III, p. 27.

Obs. 57. — *Hernie inguinale directe prise pour une crurale.* — Une femme est apportée à la Charité; un peu au-delà de la moitié interne du pli de l'aine, du côté droit, existe une tumeur un peu moins grosse qu'un petit œuf de poule, dont le diamètre transversal est un peu plus considérable que celui qui mesure la hauteur. La malade ayant étendu la cuisse, la tumeur parut moins oblongue, plus arrondie, et le doigt put aisément suivre sa base dans toute l'étendue de son contour. M. Roux, après l'avoir examinée avec attention, la jugea être une hernie crurale. Après l'ouverture du sac, une sonde cannelée fut introduite du côté interne de l'anneau, dans la direction du ligament de Gimbernat. Une partie tendineuse fut coupée, et à l'aide de ce débridement, la réduction opérée. La malade mourut. L'autopsie fit reconnaître qu'on s'était trompé, en regardant cette hernie comme une hernie crurale. Elle était inguinale, et au lieu d'avoir suivi le trajet du cordon, avait passé directement par l'anneau inguinal.

Obs. 58. — *Épiplocèle prise pour un hydrocèle.* — Un jeune homme de 10 ans avait sur le cordon spermatique une tumeur arrondie, et qui semblait transparente, on aurait pu la prendre pour une hydrocèle commençante. Les premières tentatives de réduction n'eurent aucun succès, mais l'usage des

cataplasmes résolutifs permit de faire rentrer la tumeur qui était une hernie épiploïque. (Pipelet, *Mémoires acad. chir.* t. V, p. 646.

Obs. 59. — *Epiplocèle prise pour un cancer.* — Pott a vu une hernie de l'épiploon, dans laquelle la portion renfermée dans le sac avait la dureté noueuse, la douleur, et tous les autres symptômes d'un cancer. *Pott*, t. I, p. 331.

Obs. 60. — *Hernies épiploïques méconnues.* — Un homme de 30 ans avait perdu l'appétit, éprouvait des tiraillemens d'estomac, était amaigri. Il consulta pour un engorgement glanduleux de l'aine. Pipelet reconnut que c'était une tumeur épiploïque, en fit la réduction, la contint, et guérit à la fois l'affection glanduleuse prétendue et les accidens du tube digestif qui n'étaient dus qu'aux tiraillemens de l'estomac. *Mém. acad. chir.*, t. v, p. 648.

Dans les recueils d'observations abondent les extirpations de l'utérus en totalité ou en partie. Bauhin, dans son appendice à la traduction de l'ouvrage de Rousset sur l'opération césarienne (ch. 4, p. 192), en compte dix-neuf exemples. Or, si l'on réfléchit que, parmi les malades soumises à ces prétendues extirpations, il en est qui sont devenus grosses et ont accouché, on demeurera convaincu que l'utérus n'a pas été enlevé, et qu'on a pris pour lui une maladie différente, soit un prolapsus du vagin, soit un polype, soit quelqu'autre tumeur. Je vais rapporter quelques faits qui viennent à l'appui de cette proposition.

Obs. 61. — Une femme se présente à M. Velpeau, pour faire réduire une descente de l'utérus qu'elle avait long-temps maintenue à l'aide d'un pessaire. M. Velpeau examine, et trouve entre les grandes lèvres une tumeur conique, surmontée d'une petite fente au sommet ; il la repousse dans le vagin, et l'y maintient par un pessaire en bilboquet. Cette femme succombe quelques jours après à une péritonite. Il se trouve que la tumeur réduite n'est autre chose qu'un polype implanté dans le fond de l'utérus par un long pédicule.

Mais voici un autre cas plus curieux où l'erreur persista après l'enlèvement et la dissection de la tumeur.

Obs. 62. — En 1823, une tumeur du volume d'une tête d'enfant, qui pendait depuis plusieurs années à la vulve d'une femme, fut enlevée par MM. Richerand et Cloquet, qui pensaient avoir emporté l'utérus. Examen fait de la tumeur, on lui trouva une cavité et d'autres caractères propres à l'utérus ; mais la malade étant morte, on fut bien étonné de rencontrer une matrice dans sa place habituelle. La tumeur enlevée était un énorme polype. Velpeau, *Méd. opér.*, t. III, p. 598.

Mais si quelques parties ont été prises pour la matrice, la méprise inverse a aussi été commise.

Obs. 63. — Slevogt, ayant excisé du vagin d'une femme un corps volumineux, s'aperçut avec effroi que c'était l'utérus avec une portion des trompes ; toutefois la malade guérit. *Journ. des Progrès*, 1827,

t. II, p. 72. — L'utérus renversé ou descendu, et pris tantôt pour une môle, tantôt pour un polype, tantôt pour le placenta adhérent, a été lié, arraché, excisé, avec des résultats divers. Clarke, Bernhard, Johnson, Fab. d'Aquapendente, *Op.*, p. 904. *Journ. des progrès*, 1827, t. 2, p. 73, 82, 84.

Obs. 64. *Polype pris pour une descente de l'utérus.* —Une femme de 60 ans portait depuis 14 ou 15 ans, dans le vagin, une tumeur qu'on avait prise pour une chute de matrice et qu'on avait réduite et contenue à diverses reprises par un pessaire. La dernière fois qu'elle se déplaça, la sage-femme qu'on appela pour la réduire, dans les tentatives qu'elle fit, tordit le pédicule de la tumeur qui se détacha à son grand effroi. Lapeyronie eut de la peine à la rassurer et à lui persuader qu'elle n'avait pas arraché la matrice. *Mém. Acad. chir.* t. III, p. 557.

Obs. 65. — *Polype de l'utérus, pris pour diverses maladies.* — Madame L...., âgée de 37 ans, réglée à 14 ans, commença dès-lors à éprouver des désordres du côté de l'utérus. A 22 ans, elle devint mère; le flux muqueux, qu'elle avait depuis long-temps, diminua pendant la grossesse, et reparut plus abondant après; en 1816, elle consulta M. *Carolan*, qui toucha, reconnut un prolapsus de l'utérus et prescrivit un pessaire qui ne put être supporté. M. Forestier, consulté, employa sans succès les bains, les injections, le repos. M. Gauthier de Sancy prescrivit des pilules d'assafœtida et de ciguë, sans aucune amélioration : au bout d'un an, il reconnut un polype, et demanda Boyer en

consultation. Celui-ci assura que madame L... était affectée d'un squirrhe ulcéré du corps même de l'utérus, et qu'il fallait se borner aux palliatifs. M. Varulland, chargé de lui donner des soins, reconnut enfin un polype énorme et fit appeler Dupuytren : celui-ci reconnut la maladie et proposa l'amputation, qui fut pratiquée avec succès, malgré l'opinion de Boyer, qui reconnut alors le polype, mais qui fut d'avis qu'il fallait bien se garder d'y toucher. Dupuytren, *Cliniq. chir.*, t. III, p. 511.

Obs. 66.—*Polype de l'utérus pris pour un cancer.* — Une femme éprouvant des accidens du côté de la matrice consulta Dupuytren. Le toucher lui fit reconnaître une tumeur pédiculée, naissant du col de l'utérus; il annonça au mari qu'il serait facile de l'enlever, et que, dans peu de temps, sa femme serait guérie. Le mari stupéfait pria Dupuytren de réitérer son examen; cet examen le confirma dans son diagnostic. C'est alors que le mari lui dit qu'après avoir consulté un des chirurgiens les plus distingués de la capitale, celui-ci lui avait dit, après l'avoir touchée, qu'elle était atteinte d'un affection cancéreuse, et qu'elle n'avait pas trois mois à vivre. « Une autorité aussi imposante, dit Du» puytren, me fit craindre, je l'avoue, quelque er» reur de ma part; je me livrai à un troisième exa» men, avec plus de soin peut-être qu'auparavant; « mais tout me démontra la justesse de mon diagnos» tic, et je proposai encore l'opération comme un » moyen prompt et facile de guérison; elle fut ac» ceptée avec empressement, et, au bout de quinze

» jours, la guérison était parfaite. » Dupuytren, *Clin. chir.*, t. III, p. 463.

Obs. 67.—*Polype de l'utérus pris pour une hydropisie enkystée, pour une hypertrophie de l'utérus.*—Dupuytren raconte qu'on lui présenta la femme du concierge du Conservatoire des arts et métiers, portant une tumeur dans le bassin. Au premier examen, il crut avoir affaire à une hydropisie enkystée, ensuite à une énorme hypertrophie de la matrice. C'était un polype volumineux qui occupait toute la cavité de l'utérus qu'il avait extraordinairement agrandie, et celui-ci remplissait exactement toute la cavité du bassin. Dupuytren, *Clinique chirug.*, t. III, p. 461.

Ob. 68.—*Polypes pris pour descentes de matrice avec renversement.* Levret rapporte trois observations communiquées à l'Académie, dans lesquelles la figure piriforme d'un polype le fit prendre pour un utérus par des chirurgiens qui crurent avoir enlevé la matrice. — *Mém. acad. chir.*, t. III, p. 520 et suiv.

Ob. 69. — Hoin père, dans un cas de polype sorti hors de la vulve, et qui fut extirpé en partie par la ligature, pensa que l'on avait enlevé la matrice; car la tumeur était creusée d'une cavité : cependant la malade eut, trois ans après, une fausse couche. — *L. c.*, p. 524.

Ob. 70. — *Renversement de l'uterus pris pour une môle.* — Une dame, à son premier accouchement, fut délivrée par une sage-femme qui tira le cordon avec assez de force. Un chirurgien, appelé pour des douleurs ressenties par la malade, crut reconnaître

une môle, saisit une masse charnue, et s'efforça pendant près d'une demi-heure de la faire sortir. Il essaya alors d'avoir en détail la masse qu'il n'avait pu avoir tout entière, et il en déchira quelques portions avec les ongles. Les assistans, émus par les cris de la malade, ne le laissèrent pas continuer. Le lendemain, Hoin ayant été appelé, trouva la malade avec de la fièvre, une suppression de lochies, et reconnut un renversement de la matrice. La réduction, préparée par les saignées, etc., fut opérée le lendemain, et la malade obtint la guérison, quoique un peu lentement, en raison de la suppuration des parties déchirées. (*Méd. acad. chir.*, t. III, p. 382.)

Ob. 71 —*Renversement de matrice pris pour un corps étranger. Ligature. Mort.* — Une femme de 70 ans, qui n'avait pas eu d'enfans depuis l'âge de 40 ans, rendit, après de vives douleurs, une grosse masse de chair. Le lendemain, une sage-femme ayant introduit sa main dans la matrice, y sentit un corps qu'elle ne put tirer, mais qui vint ensuite de lui-même se présenter à l'orifice du vagin. Goulard pensa que c'était la matrice renversée ; mais d'autres chirurgiens, remarquant des fibres déchirées à la surface de ce corps, furent d'avis que c'était encore un corps étranger. Peu à peu ce corps s'étant alongé, on y appliqua une ligature, qu'on serra tous les jours. La femme mourut le dix-septième jour de la ligature, sans beaucoup de douleurs. Ledran re-

connut à l'autopsie que l'opinion de Goulard était vraie. (*Mém. acad. de chir.*, t. III, p. 378.)

Ob. 72.—*Polype de l'utérus extirpé dans la croyance que c'était la matrice.* — Collin, chirurgien de Nancy, enleva à une fille de 38 ans une tumeur pendante hors des grandes lèvres, et qu'il prit pour la matrice. Ce qui contribua à le jeter dans l'erreur, ce fut une fente qui lui parut être l'orifice distinct de ce viscère. La décision de l'académie de chirurgie, qui reconnut que c'était un polype, put à peine lui ôter cette idée.

Ob. 73. — *Hernie vaginale prise pour une chute du vagin.* — Gunz rapporte qu'une femme eut dans le vagin, à la suite d'un accouchement difficile, une tumeur qui fut prise par plusieurs chirurgiens pour une chute du vagin. M. Lemaire, chirurgien de Strasbourg, reconnut l'existence d'une entérocèle vaginale, et la maintint réduite à l'aide d'un pessaire. (*Arch.*, 2e série, VI, 70.)

Ob. 74.—*Hémorrohïdes internes prises pour un cancer de l'utérus.* — Cockburn rapporte qu'une dame souffrait tellement quand elle avait commerce avec son mari, qu'elle ne pouvait en supporter les approches. On la traita pour une affection utérine, jusqu'à ce qu'un examen plus attentif ayant convaincu qu'il n'en était rien, on découvrit des hémorrhoïdes internes qui, comprimées pendant le coït, étaient la cause de la douleur, qui cessa par leur guérison. (*Essai d'Edimbourg*, t. II, p. 425.)

Ob. 75.—*Pierre dans le scrotum prise pour un sarco-*

cèle. — Pierceau, chirurgien de marine, extirpa une tumeur du scrotum, qui d'abord prise pour un troisième testicule, fut regardée par lui comme squirrheuse. Pendant l'opération, il aperçut un canal de communication de la tumeur à l'urètre. Dans la masse extirpée était une pierre du poids de deux onces, un gros. Le malade avait reçu, six ans auparavant, un coup de pied qui probablement avait déchiré l'urètre et permis l'infiltration de l'urine et les dépôts de couches calcaires dans le scrotum. (*Acad. chir.*, t. III. p. 346.)

Obs. 76. — *Calcul urétral très-volumineux pris pour un sarcocèle.* — Valadé, âgé de 68 ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 14 décembre 1830, pour une tumeur située dans la partie gauche du scrotum. Cette tumeur fut considérée comme un carcimone du testicule. A l'autopsie, on trouva une tumeur dure, du volume du poing, développée aux dépens de la peau du pénis, offrant en arrière une ouverture fistuleuse, et en avant deux petits corps qui sont les testicules atrophiés (l'un d'eux aura été pris pendant la vie pour l'épididyme); les portions prostatique, membraneuse et bulbeuse sont saines, libres, sans rétrécissement, dans l'état normal; la portion spongieuse l'est aussi dans l'étendue de quatre pouces en arrière du gland : mais dans ce point, qui correspond à la cloison des dartos, est une ouverture de huit à dix lignes de diamètre, à circonférence lisse et polie, établissant la communication entre l'urètre et un vaste kyste, formé par du tissu cellulaire induré et épaissi,

doublé d'une membrane lisse, qui se continue sans ligne de démarcation avec la membrane muqueuse de l'urètre; dans ce kyste se trouve un calcul plus gros qu'un œuf de poule, jaunâtre et dense. Le point du calcul, qui correspond à l'ouverture, n'est pas lisse ou creusé en gouttière, comme cela a été observé.

Obs. 77. — *Poche résultant de la cicatrice d'une rupture de l'urètre, simulant une hernie périnéale.* — On a vu l'urètre se rompre dans la partie membraneuse, se réunir par une espèce de poche formée de fausses membranes, et l'individu guérir en présentant des symptômes d'une hernie périnéale. (Jobert. *Thèse* 1828, p. 48.)

Obs. 78. — *Luxation spontanée, prise pour une luxation ordinaire.* — Un enfant eut, à la suite d'une chute, les symptômes d'une affection de la hanche du côté droit. Le membre de ce côté se raccourcit; la pointe du pied se dévia en dedans. Un empirique regarda la maladie comme une luxation, tenta la réduction et appliqua un appareil. Quelque temps après, le malade ayant essayé de marcher par son conseil, éprouva autant de difficultés et des douleurs aussi vives que jamais. Il succomba aux progrès de l'affection : les os étaient cariés. (Sabatier, *Mém. acad. chir.* t. v, p. 793.)

Obs. 79. — *Fracture du bassin, prise pour une fracture du fémur.* — Un homme de 43 ans se jette de son grenier dans la rue. La cuisse est déviée et raccourcie, on diagnostique une fracture du col du fémur. A l'autopsie on reconnaît une fracture du bassin,

enfoncement de la cavité cotyloïde avec passage de la tête du fémur à travers. (Journal de Leroux, v. 17, p. 273.)

Obs. 80. — *Fracture de l'os iliaque, simulant une luxation du fémur en bas et en avant.* — M. Larrey présente à l'Académie de médecine un militaire guéri d'une fracture de la branche horizontale du pubis et probablement de la branche ascendante de l'ischion du même côté. Le renversement de l'os coxal en dehors, l'élongation du membre simulaient, dit M. Larrey, une luxation du fémur en bas et en dedans. (*Archives*, t. XII, p. 138.)

Obs. 81. — *Cancer encéphaloïde pris pour un engorgement glanduleux.* — Une tumeur de l'aisselle, fluctuante, n'offrant pas le moindre battement, mais s'accompagnant de douleurs intolérables, avait acquis en cinq mois le volume d'une tête de veau et était entourée de veines variqueuses. Considérée comme un engorgement glanduleux, elle fut traitée d'abord par les résolutifs, puis par les émolliens ; ce qui ne l'arrêta pas dans sa marche. Une ponction exploratrice, faite dans le but de savoir la nature de la tumeur, donna issue à du sang noirâtre. Quelques jours après, une partie de la peau se mortifia, et le malade succomba peu après à l'affaiblissement produit par un écoulement continuel de sang et de sérosité noirâtres. La tumeur était formée par un tissu spongieux analogue au placenta humain. Mille vaisseaux dilatés lui fournissaient du sang. Il n'y avait pas de glandes malades. (Scarpa, *de l'anévrisme*, p. 135.)

Obs. 82. — Une femme, de 46 ans, portait depuis plusieurs mois, à la partie externe de la jambe, une tumeur acuminée, molle et fluctuante dans son étendue. La malade souffrait beaucoup, et avait des sueurs et de la diarrhée. A l'ouverture de la tumeur, au lieu de pus, il sort un peu de mucosité; et des fongosités viennent chaque jour à l'orifice de la plaie remplacer celles qu'on détruit par les caustiques jusqu'à la mort de la malade. On trouva une tumeur mollasse, comme graisseuse; les os étaient dénudés, les muscles dégénérés. (*Essais d'Edimbourg*, t. 1, p. 279.)

Obs. 83. — *Ostéo-sarcôme pris pour un abcès.*— Un canonnier, déjà âgé, était entré à l'hôpital pour une petite tumeur qui était survenue depuis une quinzaine de jours à la plante du pied, et qu'il attribuait à un petit gravier qui se trouvait dans son soulier et qui l'avait blessé. Le chirurgien-major, croyant qu'elle contenait du pus, y plongea un bistouri, qui donna seulement issue à un peu de sang noir. Les progrès de la maladie montrèrent un ostéo-sarcôme des os du pied. (Briot, *Histoire des progrès de la chirurg. militaire*, p. 299.)

Obs. 84.—*Pustule maligne prise pour une érysipèle.* — En 1791, quatre bouchers et la femme de l'un d'eux achetèrent à Mont-Rouge, près Paris, un bœuf mort du charbon, l'habillèrent et le divisèrent par morceaux, qu'ils introduisirent furtivement dans la capitale. Cette viande fut vendue à l'Apport-Paris, et les personnes qui en mangèrent ne furent point incommodées; mais au bout de deux ou trois jours,

deux des trois bouchers furent attaqués de la pustule maligne. Cette maladie se manifesta entre le menton et l'angle de la mâchoire par un petit bouton surmonté d'une phlyctène. Un *médecin* et un *chirurgien* furent appelés, prirent la maladie pour une érysipèle et saignèrent du bras et du pied les deux malades, qui périrent en trois jours. Boyer, t. II, p. 82.

Obs. 85. — *Kyste de l'orbite pris pour une tumeur cancéreuse.* — M. Richerand raconte qu'un cordonnier, âgé de 45 ans, avait l'œil gauche saillant et presque chassé de l'orbite. L'exophthalmie était survenue lentement et avec douleur, mais sans inflammation. L'œil était chassé de l'orbite par une tumeur dure, siégeant entre le globe de l'œil et la paroi interne de l'orbite. Plusieurs praticiens distingués de la capitale l'avaient considérée comme carcinomateuse. La vision était abolie. M. Richerand, fort de l'opinion de ces hommes habiles, quoique doutant lui-même, proposa l'extirpation de ce prétendu carcinome. La commissure externe des paupières ayant été agrandie, et la conjonctive palpébrale séparée de la conjonctive oculaire par une incision, il plongea le bistouri dans la tumeur avant de continuer l'opération. L'écoulement d'une humeur albumineuse fit reconnaître un kyste qui fut vidé. Ses parois s'agglutinèrent, et la guérison fut complète. Richerand, 5ᵉ édit., t. III, p. 199.

Obs. 86. — *Kyste de la mamelle pris pour un cancer.* — M. Cruveilhier rapporte l'histoire d'une tumeur enkystée séreuse, développée dans l'épaisseur de la glande mammaire, qui fut prise par un praticien dis-

tingué pour une tumeur squirrheuse. « Pendant qu'on » cherchait, dit-il, à isoler de tout côté cette prétendue glande, le kyste est ouvert; la sérosité s'écoule; » un peu de charpie introduite dans le kyste en amène » l'inflammation et l'adhérence. » Sabatier. Édit. Sanson et Bégin, t. III, p. 90.

Obs. 87. — *Lipôme situé entre le vagin et le rectum pris pour un cancer.* — Une femme d'environ 40 ans avait une tumeur qui, sortant de la vulve, remplissait l'intervalle des grandes lèvres, était alongée et cylindrique. Quelques ulcérations de sa partie inférieure l'avaient fait prendre pour un cancer par des chirurgiens habiles, qui furent trompés en outre par des pertes en blanc continuelles et très-abondantes, et par un écoulement de sang si considérable qu'il n'y avait que peu d'intervalle entre les époques des règles. Pelletan reconnut une tumeur graisseuse enkystée mobile, située entre le rectum et le vagin qui étaient sains; il l'extirpa, et guérit la malade. Pelletan. *Clinique chirur.*, t. I, p. 203.

Obs. 88. — *Tumeur formée par la dilatation de l'uretère prise pour une hydropisie enkystée de l'ovaire.* — Desgranges rapporte, dans le t. XCII du *Journal de Médecine*, l'observation d'une dame qui portait dans la région iliaque gauche une tumeur qui d'abord peu élevée et peu évasée, sans fluctuation, offrit au bout de quelque temps ce phénomène et prit de l'étendue. On la prit pour un kyste de l'ovaire. Le traitement ne calma point les souffrances auxquelles la malade était en proie. La tumeur offrit quelques

alternatives d'augmentation et de diminution. Parfois aussi il y eut un peu de gène dans l'excrétion des urines. A la mort qui survint 5 ans après l'apparition de la tumeur, on trouva qu'elle était formée par l'uretère dilaté dans ses deux tiers supérieurs en forme de poche et du volume d'une boule à jouer, épaissie et contenant du pus, du mucus et de l'urine que l'on faisait couler dans la vessie par la pression, malgré la présence d'un repli valvulaire à l'intérieur du conduit au niveau de la symphyse sacro-iliaque. *Boyer*, t. VIII, p. 554.

Obs. 89.—*Poche résultant de la dilatation de l'uretère, prise pour un abcès froid. Ouverture. Mort.*—Un homme de 43 ans qui ne s'était jamais plaint de difficulté d'uriner ni de douleurs de reins, entra à la Charité pour une contusion. Cet homme, qui portait un squirrhe du testicule gauche, éprouvait dans la région iliaque du même côté une douleur sourde. On y sentait une tumeur que Boyer attribua d'abord à l'engorgement du tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux spermatiques; mais, qui ayant ensuite, malgré les cataplasmes, augmenté dans l'espace de trois mois, au point d'offrir de la fluctuation, de remplir la fosse illiaque et de s'étendre jusqu'auprès des dernières fausses côtes; qui, ne diminuant pas de volume par la pression et ne s'accompagnant d'aucun symptôme du côté des voies urinaires, fut regardé comme un abcès froid. La ponction en fit sortir, au lieu de pus, trois livres d'urine. La plaie se referma, mais l'ouverture d'une nouvelle ponction resta fis-

tuleuse et le malade ne tarda pas à succomber. La fistule communiquait avec l'uretère énormément dilaté, sa partie moyenne très-rétrécie, au contraire, à la partie inférieure. *Boyer*, t. VIII, p. 559.

Obs. 90. — *Cancer du sein pris pour une hydatide.* — Une femme était affectée d'une tumeur assez volumineuse du sein. Dupuytren pensant que c'était un squirrhe voulut en faire l'extirpation. Au premier coup de bistouri il s'écoula une grande quantité de sérosité transparente. L'opérateur reconnut alors l'erreur du diagnostic et crut avoir affaire à une hydatide. Il fit donc un pansement simple après l'écoulement de la sérosité, mais bientôt après une hémorrhagie abondante se manifesta. Dupuytren agrandit l'ouverture, reconnut une tumeur du genre de celle qu'il appelait fongus hématode, en fit l'extirpation à deux reprises différentes, et la malade guérit. (*Leçons orales*, t. IV, p. 56.)

Obs. 91. — *Rétraction de l'aponévrose palmaire prise pour une rétraction des fléchisseurs.* — M. L. voulant soulever une pièce de vin sentit un craquement et une douleur légère à la partie interne de la paume de la main. Quelque temps après il s'aperçut que le doigt annulaire se rétractait. — La rétraction alla toujours croissant de telle sorte que le petit doigt et l'annulaire étaient fortement fléchis sur la paume de la main dont la peau était rétractée. Ayant alors consulté plusieurs médecins, tous furent d'avis que la maladie siégeait dans les fléchisseurs des doigts rétractés et qu'il n'y avait d'autre moyen que

de couper les tendons. M. Mailly consulté l'envoya à Dupuytren qui reconnaissant une rétraction de l'aponévrose palmaire y remédia facilement par des incisions habilement ménagées. Dupuytren, *clinique chir.* t. I, p. 13.

Obs. 92. — *Engorgement simple du testicule pris pour des cancers*.—M. F... âgé de 40 ans, vit, trois mois après son mariage, ses deux testicules se gonfler par degrés, sans douleur et sans inflammation. M. Richerand conseilla le repos et les émolliens; les testicules revinrent à leur premier état. Mais au bout d'un mois ils se tuméfièrent de nouveau, et devinrent plus durs, sans causer de douleur cependant. M. Dubois, consulté, ne dissimula point que l'amputation était le seul remède efficace; c'était aussi l'opinion de M. Richerand. Cependant, conservant quelque espoir de résoudre cet engorgement, on soumit le malade aux frictions mercurielles jusqu'à la salivation. On fit en même temps des applications locales; la salivation dura un mois entier, et deux mois de traitement amenèrent une guérison radicale. Richerand, *nosogr. chir.*, t. IV, p. 419, cinquième édition.

Obs. 93. *Cancer du cordon spermatique, pris pour une hernie. Ouverture.* — Pott fut consulté par un homme de 30 ans, pour une tumeur du cordon spermatique, tumeur circonscrite dure, douloureuse pendant long-temps après avoir été maniée. Le testicule était loin. Il conseilla un suspensoir et quelques révulsifs. Un mois après, il lui raconta qu'ayant con-

sulté un *docteur herniaire*; celui-ci lui avait appliqué un bandage avec un remède extérieur; que la douleur et l'enflure ayant beaucoup augmenté, son docteur lui avait appliqué un emplâtre, et quelques jours après, avait fait une ouverture à la tumeur, ouverture qui n'avait donné issue qu'à du sang, et qu'enfin pendant plusieurs jours, il avait pansé l'ulcère avec le précipité rouge.

Cet ulcère était véritablement cancéreux, l'altération du cordon ne permettait pas de songer à l'opération.

La maladie fit des progrès effrayans, qui enlevèrent bientôt le malade. (Pott. *OEuv. chir.*, t. II, p. 241.)

Obs. 94. — *Fracture de l'humérus près des condyles, prise pour une luxation.* — Une jeune fille de 15 ans se fit en tombant sur le coude une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus près des condyles. Dupuytren appelé fit la réduction; mais les os se déplacèrent de nouveau. Un autre chirurgien alors consulté, prononça qu'il y avait une luxation qui s'était reproduite malgré la réduction. Il refit cette réduction et appliqua en conséquence le traitement des luxations. Dupuytren, ayant examiné trois mois après le coude de la jeune fille qui était morte d'une maladie aiguë, reconnut la fracture que nous avons mentionnée; il y avait un cal très difforme dû à la reproduction du déplacement. (*Gaz. méd.* 1833, p. 103.)

Obs. 95. — *Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus prise pour une luxation de l'avant bras en arrière.* — On amena à Dupuytren un enfant qui avait fait

une chute un mois auparavant. Un médecin appelé à cette époque avait cru reconnaître tous les symptômes d'une luxation de l'avant bras en arrière. La réduction avait été faite et suivie de beaucoup de soulagement; puis, le déplacement s'étant reproduit, un gonflement énorme s'était opposé à ce que la seconde réduction fut parfaite. Plus tard le gonflement avait disparu ; mais il restait une difformité qui accusait une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus vicieusement consolidée. (*Gaz. méd.*, 1833, p. 102.)

Obs. 96. — *Tumeur sanguine de la paume de la main prise pour un lipôme.* — Un serrurier, âgé de 18 ans, portait dans la paume de la main droite, à la base du pouce, une tumeur du volume d'un œuf de poule, aplatie, mollasse au toucher, sans pulsations apparentes et sans changement de couleur à la peau. Dupuytren crut avoir affaire à un lipôme, bien que le malade assurât qu'il portait cette tumeur dès son enfance et qu'elle disparaissait dans certaines circonstances. L'incision faite sur la tumeur laissa aussitôt jaillir le sang avec force. On arrêta l'écoulement par la compression des artères de l'avant-bras, et la poche de la tumeur, qui était une *espèce d'éponge constituée* par du tissu cellulaire, des artères et des veines dilatées, fut enlevée. Le malade guérit de cette tumeur sanguine, après avoir été en butte d'abord à des hémorrhagies répétées, et plus tard à des fusées de pus dans les

gaines des tendons. (Rognetta, *Gaz. méd.*, 1834, p. 210.)

Obs. 97. — *Hernie prise pour une hydrocèle.* — Un homme avait une hernie ancienne et réductible. S'étant un jour heurté contre le pommeau de sa selle dans une secousse que lui fit éprouver un cheval fougueux, la tumeur devint gonflée et douloureuse. Un chirurgien la prit pour une hydrocèle et l'ouvrit. Il en sortit un liquide brun, sanieux et fétide. Cinq jours après Pott fut consulté. Le scrotum était enflammé; il y avait de la fièvre. Ces complications combattues, il ouvrit le scrotum, reconnut l'épiploon en partie putréfié. Le malade guérit, après avoir eu beaucoup d'abcès dus à sa résistance à ce que le sac fût ouvert dans toute sa longueur. (Pott, t. I, p. 329.)

Obs. 98. — *Tumeur sanguine prise pour une hernie. Opération.* — Un journalier s'aperçut, après avoir fait une chute, d'une tumeur dans l'aine. La tumeur paraissait occuper tout le cordon spermatique tellement enflé qu'on ne pouvait sentir son passage à travers l'anneau inguinal. Le testicule était sain et placé au-dessous. Ces circonstances et la suppression des selles, pendant deux jours, firent croire à Freke qu'il avait affaire à une hernie. Après quelques tentatives de réduction, l'opération fut commencée. Arrivé sur une poche qu'il prit pour le sac herniaire, il voulut faire rentrer l'intestin sans ouvrir le sac. Les premières tentatives étant inutiles, il ne se découragea pas; il incisa l'anneau in-

guinal, et fit en vain tous ses efforts pour réduire l'intestin. Il fut donc forcé d'ouvrir la membrane contenante; il en sortit une grande quantité de sang. La tumeur s'affaissa, laissant le cordon libre, et ne renfermant ni intestin, ni épiploon. La guérison eut lieu en peu de jours. (Pott, *Œuv. chir.*, t. II, p. 161.)

Obs. 99. — *Amaurose prise pour une cataracte noire.* — Dupuytren racontait souvent que Pelletan et Giraud, croyant trouver une cataracte noire, le prièrent de l'examiner. Celui-ci ne reconnut autre chose qu'une amaurose; cependant Pelletan et Giraud, persistant dans leur opinion, songèrent à pratiquer l'opération. L'extraction fut faite, le cristallin était parfaitement sain. Il ne survint aucun accident, mais le malade ne recouvra pas la vue, la rétine étant paralysée. *Clinique de Dupuytren*, t. I, p. 38.

§ III. *Erreurs de diagnostic, provenant de ce qu'une maladie manque de ses symptômes propres et présente ceux d'une autre.*

Les causes d'erreur de ce genre ne sont pas très rares; c'est surtout à l'occasion des tumeurs anévrismales que la méprise a été faite, et souvent les malades ont payé de leur vie la faute du chirurgien. On ne saurait donc apporter trop de soin à l'examen d'une tumeur placée au voisinage d'une artère; le commémoratif est d'ailleurs ici la condition essentielle du diagnostic.

Obs. 100. *Cataracte noire prise pour une amaurose.* M. Tonnelier avait perdu la vue, il avait été traité par plusieurs oculistes de la capitale qui avaient regardé sa maladie comme une paralysie du nerf optique. Après avoir épuisé tous les remèdes possibles pendant un espace de temps assez considérable, le malade eut recours à Wenzel père, qui reconnut deux cataractes noires, et pratiqua l'opération, par le fait de laquelle la vue se rétablit parfaitement. Wenzel, p. 41, 5e observat.

Obs. 101. *Anévrisme pris pour un abcès.* Une fille de dix ans et demi eut une fièvre *ataxo adynamique*, à la suite de laquelle parurent successivement trois dépôts, l'un à la nuque, l'autre au milieu du dos, le troisième sur le sacrum. Alors seulement les parens s'aperçurent d'une tumeur qui existait à la partie antérieure et supérieure du thorax, s'étendant jusque sur le côté gauche du cou. Un étudiant en médecine qui pansait la malade, apprit que deux jours auparavant, elle avait porté souvent la main dans ce lieu, en se plaignant. Il reconnut alors un léger gonflement; la tumeur parut s'étendre de bas en haut, de la deuxième côte gauche à l'apophyse mastoïde; elle était conoïde, fluctuante, sans changemens de couleur à la peau, ni augmentation de chaleur, ne diminuant pas par la pression, ne causant pas beaucoup de douleur et n'offrant aucun battement. Le jeune homme ne doutant pas que ce ne fût un quatrième abcès, crut qu'il était urgent de l'ouvrir. L'incision donna issue à un jet de sang noir qui ne s'arrêta qu'à l'entière évacuation du foyer. Croyant

alors avoir affaire à un kyste, l'opérateur poussa une liqueur légèrement excitante dans la poche, puis exécuta une compression, qui devait selon lui déterminer l'adhérence des parois du kyste. D'abord aucun accident : pendant la nuit, malgré le tamponnement, du sang imbiba les pièces de l'appareil et on trouva le foyer distendu comme la veille. Dupuytren appelé, reconnut alors la maladie et se prononça contre toute opération. M. Breschet qui vit aussi la malade reconnut, d'après quelques légères pulsations, que la tumeur était formée par du sang artériel. La malade mourut quelques jours après, la tumeur n'ayant fait qu'augmenter. On trouva que la tumeur formée de deux portions, l'une extérieure, l'autre contenue dans la poitrine, communiquant ensemble par le moyen d'une perforation du sternum, était due à l'issue du sang à travers une perforation d'une ligne environ de la face antérieure de l'aorte. Breschet, trad. d'Hogdson, t. 1 p. 131.

Obs. 102. *Anévrisme pris pour un abcès par Dupuytren.* Une femme de 66 ans, après des tractions exercées sur le membre supérieur, dans le but de réduire une luxation qui probablement n'existait pas, eut un engorgement de tout ce membre. Bientôt elle se plaignit d'une grosseur sous le creux de l'aisselle. La tumeur occupait la partie antérieure du grand pectoral, tenait le bras éloigné du corps, offrait une fluctuation manifeste sans changement de couleur à la peau, et sans battemens appréciables. Dupuytren crut avoir affaire à un abcès. Le volume de la tumeur et la grande quantité de pus qui devait y être renfermée détermi-

nèrent à ne faire qu'une ponction pour l'évacuer graduellement. Au lieu de pus, il sortit un jet de sang vermeil que l'on arrêta facilement avec le doigt, et la tumeur fut couverte de diachylon et comprimée. Pelletan, alors chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, s'opposa à la ligature de l'artère sous-clavière entre les scalènes proposée par Dupuytren. La femme soumise au traitement de Valsalva mourut quelques jours après d'une hémorrhagie déterminée par la gangrène de la surface de la tumeur. Pelletan, clin. chir., t. II, p. 83. Sabatier, Sanson et Begin, 1824, p. 131.

Obs. 103. — *Anévrisme faux pris pour un abcès.* L'artère fut piquée dans une saignée du bras. Celui qui l'avait ouverte méconnut cette blessure et pansa le malade comme si la veine seule eût été ouverte. Quelques jours après il se manifesta au coude une tumeur qui acquit en vingt jours le volume d'une pomme. Un chirurgien, l'ayant prise pour un abcès, y fit une ouverture qui donna issue à une quantité de sang peu considérable, parce que sans doute il fut retenu par quelques caillots. Trois jours après, il parut une forte hémorrhagie qui se reproduisit les jours suivans. Valsalva l'arrêta par la ligature. Morgagni. *De sed. et caus. epist.* IV. § 7.

Obs. 104. — *Anévrisme pris pour un abcès.* Un homme portait deux tumeurs à la cuisse, l'une située vers la fin du muscle triceps ; l'autre, deux tiers de doigt au-dessus du condyle interne du fémur. Ces deux tumeurs étaient peu douloureuses, sans changemens de couleur à la peau et fluctuantes. Les cataplasmes dont

on les avait recouvertes, dans le but de favoriser la suppuration, n'avaient fait que favoriser leur accroissement. La jambe et le pied étaient œdémateux. Paletta les incisa, mais voyant le tissu cellulaire gorgé de sang, il suspendit l'incision, bien qu'il n'y sentît ni pulsation, ni frémissement. Mais le malade succomba le troisième jour, avec un accroissement de douleur, de l'anxiété et des syncopes. L'artère crurale était ouverte sur sa face antérieure au moment où elle est arrivée derrière le fémur. Les tumeurs étaient formées par l'extravasation du sang. Scarpa. *A évrisme*. p. 174.

Obs. 105. —*Anévrisme pris pour un abcès; ouverture; guérison.* On ouvrit à un cocher un anévrisme poplité qui fut pris pour un abcès. L'hémorrhagie violente qui survint fut suspendue par une forte compression, la plaie du jarret suppura et le malade guérit par oblitération de l'artère, comme le démontra la dissection du membre faite à la mort du sujet, qui eut lieu cinq ans après, par toute autre cause. Guattani. 4[e] observ. citée par Scarpa sur l'anévrisme, p. 156.

Obs. 106. — *Anévrysme pris pour un abcès.* — On lit dans la *Nosographie* de M. Richerand que Ferrand, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, « croyant » ouvrir un abcès de l'aisselle, plongea son bistouri » dans un anévrisme de l'aisselle et tua le malade. J'ai » été moi-même témoin de semblables erreurs, com» mises par des praticiens non moins fameux. » Richerand. *Nosograph. chirur.*, cinquième édition, t. IV, p. 199.

Obs. 107. — *Anévrisme pris pour un abcès.* De-

sault fut consulté pour un anévrisme faux consécutif qu'un enfant de six ans portait au pli du bras. On allait l'ouvrir comme un abcès et on l'avait traité jusque-là par les maturatifs; l'enfant fut guérie par la compression continuée pendant un an. (*Journal de Desault*, t. II, p. 36.)

Obs. 108.—*Anévrisme pris pour un abcès.* Quand les battemens de l'anévrisme ne sont plus perceptibles et qu'il présente des signes d'inflammation, on a pu prendre l'anévrisme pour un bubon. Un cas de ce genre est arrivé en 1812, à l'hôpital des vénériens. L'interne, croyant avoir affaire à une collection de pus fit l'ouverture de la tumeur. L'hémorrhagie qui survint fut arrêtée par le tamponnement qui produisit l'oblitération de l'artère. *Thèse de Paris* 1829, n° 170, p. 18.

Obs. 109. — *Tumeur anévrismale prise pour un abcès.* — Une femme avait été opérée d'un cancer au sein. Au-dessus et près de l'angle externe de la cicatrice, il se forma une tumeur dure et sans changement de couleur à la peau; on n'y sentait ni battemens ni ondulations. Au bout de quelque temps, elle devint très-douloureuse et on y sentit de la fluctuation. Desault l'incisa. Au lieu de pus, il sortit des caillots et du sang qui ne s'arrêta que par la compression de l'artère axillaire, puis par la ligature de celle des artères thoraciques qui avait été le siége de la tumeur. Cinquante-deux jours après, la malade succomba à l'affaiblissement résultat des hémorrhagies qui survinrent. (M. A. Petit, *Journ. de Desault*, t. 2, p. 75.)

Obs. 110. — *Anévrisme de l'artère fessière, pris pour un abcès.* Une tumenr siégeant à la fesse, au niveau de l'échancrure sciatique, n'offrant point de battemens, fut prise pour un abcès et ouverte : c'était une tumeur anévrismale qni provenait de l'artère fessière. White remédia à cet accident, et sauva le malade par la ligature de l'artère iliaque externe. (*J. Progrès*, année 1828, t. 9, p. 264.)

Obs. 111. — *Anévrisme guéri pris pour une exostose.* — Des caillots en se condensant avaient amené la guérison d'un anévrisme; la tumeur fut prise pour une exostose du fémur et l'amputation du membre pratiquée à l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres. *Dict.* en 25 vol., t. III, p. 30.

Obs. 112. — *Anévrisme occupant la cavité abdominale raité comme un rhumatisme et pour un abcès des lombes.* — Un ancien militaire avait une douleur de rein, qui disait-il, se déplaçait. Il fut traité comme pour un rhumatisme. Après un mois et plus de traitemens infructueux, il se manifesta dans la région iliaque droite le long du muscle psoas une tumeur ovale, mal circonscrite, qui offrait une fluctuation manifeste. D'après les commémoratifs et une gibbosité des vertébres des lombes, il était facile de prendre la tumeur pour un abcès dépendant d'une carie vertébrale dont on faisait remonter la cause à une maladie vénérienne, que le malade avait eue plusieurs années aupararant. Mais des pulsations s'étant manifestées et ayant augmenté de jour en jour, l'anévrisme fut reconnu avant la mort. L'autopsie montra

une tumeur anévrismale énorme, qui ouverte par sa partie postérieure avait détruit le corps de quatre vertèbres. (Pelletan, *Clin. chirur.*, t. I, p. 97.

Obs. 113. — *Anévrisme pris pour une hernie.* Un paysan, âgé de 50 ans, portait depuis trois ans une tumeur à l'aine qui avait paru à la suite d'un effort pour soulever et transporter un poids considérable. Cette tumeur quand elle se manifesta avait, dit le malade, le volume d'un œuf, et peu à peu avait acquis celui de la tête d'un enfant et était devenue douloureuse. Mayer la voyant placée dans le siége de la hernie crurale la crut telle, et n'ayant pu en faire la réduction, entreprit l'opération en présence du docteur Blumenthal. Après avoir incisé les tégumens, il ouvrit avec précaution l'aponevrose *fascialata*, qu'il trouva fort tendue. Le sang jaillit comme d'une source. Remarquant alors qu'il y avait une véritable pulsation; il reconnut un anévrisme, arrêta le sang par la compression et réduisit en peu de temps l'anévrisme au volume d'une pomme Le malade put reprendre ses travaux. (Scarpa, *Anévrisme*, p. 339.)

Obs. 114. — *Anévrisme pris pour une autre tumeur.* — Warner raconte avoir ouvert un anévrisme de l'artère poplitée l'ayant pris pour une tumeur de toute autre nature. Il fit aussitôt l'amputation de la cuisse et sauva le malade. (*Philos. transact.*, an 1757, p. 363, cité par Scarpa. *Anévrisme,* p. 162.

Obs. 115. *Abcès par congestion pris pour une hernie étranglée. — Opération.* Un homme de 50 ans fendait du bois; tout à coup il lui survient à l'aine du côté

droit une tumeur rénitente qui descendait dans les bourses en suivant la direction du conduit spermatique, et s'accompagnait de tension de l'abdomen, de constipation opiniâtre et de vomissemens. Les accidens ne cédant point aux moyens ordinaires, l'opération fut pratiquée. La tumeur était formée par une grande quantité de pus séreux contenu dans la tunique celluleuse du cordon. Les accidens diminuèrent, mais le malade succomba aux accidens résultans de l'abcès par congestion. (Briot, *hist. de l'état et des progrès de la chirurgie militaire pendant la révol. p.* 283.)

Obs. 116. — *Abcès froid pris pour une hernie.* Un marin soulève un fardeau. Soudain parait près de l'épine iliaque antérieure et supérieure une tumeur grosse comme un œuf, à deux ou trois travers de doigt plus en dedans. Elle se réduisit en faisant entendre un gargouillement remarquable. Ce signe, le mode de formation de la tumeur, son siège, auraient pu faire croire que c'était une hernie. Le malade mourut en 4 jours d'une pneumonie violente. On trouva une carie superficielle de la dernière vertèbre des lombes, et du sacrum; du pus était accumulé sur le psoas. Ce marin n'avait jamais accusé de douleurs dans la région des lombes. Il venait de faire une campagne pendant laquelle il s'était bien porté. (Miriel. Thèse 1810. n°. 77. p. 12.)

Obs. 117. — *Fracture du col du fémur prise pour une luxation.* A. Paré donnait ses soins à une dame dont une jambe était plus courte que l'autre et dont le grand trochanter du côté malade faisait saillie sur l'os des îles; il crut que la cuisse était luxée; et après avoir

fait des extensions suffisantes pour la réduire, il y appliqua le bandage qu'il jugea convenable. Deux jours après la jambe s'était raccourcie de nouveau. Le pied était tourné en dedans. Les efforts qu'il fit à cette seconde fois pour réduire l'os lui firent sentir de la crépitation et connaître le genre de maladie qu'il avait à traiter. (Sabatier. *Mem. acad. chir.* T. IV. p. 632.)

Obs. 118.—*Fracture du col du fémur prise pour une luxation.* J. L. Petit, ayant été consulté pour une personne qui avait une fracture au col du fèmur, sentit le grand trochanter quatre travers de doigt plus haut qu'il ne devait être, ce qui joint à ce que la pointe du pied et le genou étaient tournés en dedans, lui fit croire que l'os était luxé en haut et en dehors; mais ayant pris le pied, il en tourna la pointe en dehors sans résistance et reconnut par là qu'il y avait fracture au col du fémur. (*Mal. des os* T. II. p. 173.)

Obs. 119.—*Contraction musculaire simulant une ankylose.* — La cuisse était maintenue fléchie sur le bassin avec une telle force chez un enfant affecté de coxalgie, que des praticiens habiles crurent à l'existence d'une ankylose. On aurait soulevé tout le corps en appuyant sur le fessier plutôt que de changer les rapports de ces os avec la cavité cotyloïde. Des questions adressées au malade, et qui fixèrent son attention sur un objet étranger à son affection, permirent d'étendre la cuisse avec facilité, jusqu'au moment où s'apercevant de ce mouvement, l'enfant reprit brusquement sa première position. (*Dict. abrégé des sc. méd.*, t. I, p. 604.)

§ IV. *Erreurs de diagnostic provenant de ce que deux maladies existent ensemble.*

La coexistence de deux maladies peut entrainer des erreurs, soit que le chirurgien, reconnaissant l'une des deux maladies, néglige de continuer des recherches qui lui auraient fait diagnostiquer la seconde : soit que l'une des deux affections présente un ensemble de symptômes qui obscurcissent ou masquent entièrement ceux de l'autre, soit enfin que de la combinaison des accidens il résulte un ensemble de signes qui font croire à une troisième maladie différente des deux premières.

La première source d'erreur découle entièrement de l'inattention du chirurgien; le seconde est bien difficile à éviter : quant à la troisième, on pourra dans quelques cas s'en défendre en ayant égard à ce que les symptômes dus à deux maladies coexistantes s'enchainent rarement dans l'ordre où on les observe quand ils sont dus à une affection unique; à ce que dans ces cas obscurs, il y a presque toujours une maladie qui existait depuis assez long-temps.

Obs. 120. —*Abcès entourant un anévrisme, ouverture, mort.* — Un homme fut atteint d'un érysipèle au pied, qui s'étendit successivement à la jambe et au jarret; l'engorgement qu'il laissa dans cette dernière région, ne se dissipa pas, et se convertit en une tumeur qui parut passer très-lentement à la suppuration. Près de deux ans après, la fluctuation y était ma-

nifeste, et il n'y avait pas la moindre pulsation; on fit une ouverture médiocre au centre de cette tumeur, il en sortit une certaine quantité de pus. La tumeur ne diminua pas beaucoup de volume, et les choses restèrent dans cet état, pendant les premiers jours; mais huit jours après, il survint inopinément une hémorrhagie terrible, et le malade expira, la dissection du membre prouva que c'était un anévrisme dont la poche et les caillots qu'elle contenait, avaient été entourés d'un abcès. (Observation de Dehaën rapportée par Boyer, t. 2, p. 110.)

Obs. 121. — *Abcès entourant un anévrisme, ouverture, hémorrhagie, amputation.* — Un jeune homme, traité par la compression d'un anévrisme faux consécutif du pli du bras, était presque guéri quand il voulut sortir de l'hôpital. Quelques mois après il reçut malheureusement un coup de bâton sur la partie interne du bras, d'où résulta en peu de jours un phlegmon tout autour de l'articulation du coude. On ne raconta pas à Volpi à qui le malade fut amené, ce qui s'était passé auparavant. Il ouvrit l'abcès avec le bistouri, précisément dans le lieu où avait existé l'anévrisme. Une grande quantité de pus sortit, puis quand on eut enlevé un caillot de sang qui existait au fond de la plaie, le sang artériel jaillit avec tant de force que, vu l'état du malade, on fut obligé de pratiquer l'amputation du bras. (Scarpa, *Anévrisme*, p. 371.)

Obs. 122. — *Difficulté du diagnostic résultant de la présence de deux hernies du même côté chez une femme.* — Une femme âgée de vingt-six ans, d'un

tempérament fort délicat, qui avait eu plusieurs couches très-laborieuses, était incommodée d'une hernie crurale, qui s'étrangla. La tumeur située dans le pli de la cuisse était fort saillante au-dehors et avait la forme d'un gros œuf de poule. Arnaud ouvrit le sac, n'y trouva qu'une très-petite anse d'intestin. Cette disproportion de l'intestin avec le volume de la tumeur excita sa curiosité. Il prolongea l'incision pour la découvrit davantage et il aperçut une autre hernie quatre fois plus grosse qui se portait du côté du pubis. Il ouvrit le sac et y trouva une anse intestinale étranglée par un petit faisceau de fibres tendineuses et non par le ligament de Fallope. Dilatation faite de ces fibres, l'intestin fut repoussé dans le ventre : la malade guérit. (Arnaud, *Mém. de chirurgie*, t. II, p. 605.)

Scarpa qui rapporte ce fait p. 47 du supplément au traité des hernies, pense que le faisceau tendineux dont parle Arnaud, était le pilier inférieur de l'anneau, et que de deux hernies l'une était inguinale, l'autre crurale.

Obs. 123. — *Hernie inguinale double du même côté.* — Un homme qui déja dans son enfance avait été guéri d'une hernie fut opérée d'une hernie nouvelle qu'il portait depuis six ou sept ans et qui s'était étranglée à la suite d'un effort. La tumeur remplissait le scrotum et cachait le testicule. Après l'ouverture du sac, il sortit beaucoup d'eau, on débrida l'anneau et on fit rentrer dans le ventre ne anse considérable d'intestin noirâtre qui était en contact avec le testicule. Cependant il restait à l'extérieur de l'anneau, le

long du cordon spermatique, une tuméfaction qui examinée de près, présentait un petit trou d'où sortit une sérosité noirâtre et fétide. Malgré cette circonstance, le malade fut pansé comme à l'ordinaire. Mais la sérosité continua à baigner l'appareil. Les signes de l'étranglement continuèrent, et le malade mourut vingt heures après l'opération. A l'ouverture du cadavre, on trouva la portion de l'intestin réduit, en bon état; mais il existait une autre portion du même intestin, renfermée dans un autre sac herniaire, étranglée par l'anneau du même côté, et complètement gangrénée. Des deux hernies qui sortaient par le même anneau inguinal, l'une était contenue dans un sac particulier, formé par le péritoine; l'autre était formée par la descente des viscères dans la tunique vaginale du testicule. (Wilmer, *practical obs. on hernies*, p. 104, cité par Scarpa. *Traité des hernies*, p. 79.)

Obs. 124. — *Cystocèle existant avec un sarcocèle, prise pour un sarcocèle simple.* — Un pêcheur de la ville de Bâle, qui depuis long-temps portait au côté droit du scrotum, une tumeur que l'on croyait être sarcomateuse, fut attaqué subitement d'une rétention d'urine, à laquelle on ne put remédier, ni par l'introduction de la sonde dans la vessie, ni par les différens moyens usités en pareil cas. Le ventre se tuméfia, devint douloureux, et le malade qui ne pouvait satisfaire, malgré ses efforts, le besoin très-pressant qu'il avait de rendre ses urines, était dans le plus grand danger. Plater pensa que la tumeur du scrotum était la cause de la rétention d'urine, et qu'il était nécessaire d'en

faire la résection. Les tégumens ayant été incisés; la vessie qui formait, sans qu'on le sût, une partie de la tumeur, fut ouverte, et l'urine sortit aussitôt avec impétuosité. Le malade fut soulagé sur-le-champ. Le testicule qui était peu volumineux, mais squirrheux, fut retranché; l'urine s'écoula par la plaie, qui dégénéra en fistule, et le malade survécut plusieurs années à cet accident. (Felix Plater. *Observ. lib.* 3, p. 830.)

Obs. 125. — *Entéro-hydrocèle prise pour une hydrocèle.* — Bell dit que de très-habiles chirurgiens, voulant opérer la cure radicale par le séton, procédé qui heureusement pour les malades ne fut point employé, incisèrent deux hydrocèles qui étaient compliquées de hernies de naissance, on vit en opérant que, si l'on se fût servi du séton, l'intestin et l'épiploon auraient certainement été percés de part en part. *System of Surgery*, t. 1, p. 465.

Obs. 126. —*Hernie crurale masquée par des ganglions engorgés.* — Else, cité par Scarpa, rapporte qu'une glande inguinale tuméfiée et enflammée lui en a imposé en cachant une petite tumeur herniaire crurale étranglée. A la vérité, il n'avait examiné la maladie qu'une seule fois, et avant que tous les signes de l'étranglement se fussent manisfestés. Scarpa, *supplément au traité des Hernies*, p. 60; Else, *Med. Observ. and inquiries*, vol IV.

Obs. 127. —*Hernie crurale masquée par des ganglions engorgés.* — Une femme, dit M. Macilwain, vint me consulter pour une tumeur qu'elle portait dans l'aine. En examinant la malade, je découvris une

glande engorgée et enflammée dans l'endroit qu'occupe habituellement la hernie crurale, ne présentant rien de remarquable qu'une impulsion très-obscure pendant la toux. Je lui ordonnai des cataplasmes, le repos, quelques laxatifs. Au bout de quelques jours, le gonflement de la glande avait diminué et l'on reconnaissait facilement une hernie crurale intestinale. *Arch.* 2e *série*, t. 6, p. 6.

Obs. 128. — *Hydrocèle enkystée masquée, par une hernie scrotale* — Un étudiant en médecine avait une hernie scrotale du côté droit, qui, après être devenue irréductible, finit par s'étrangler. La tumeur, volumineuse, était tendue et avait une position extraordinaire; son fond était très élevé et paraissait soulevé par un corps qui situé à sa partie postérieure ne pouvait être le testicule, puisqu'on sentait distinctement cet organe dans le scrotum. Après l'opération et la réduction de l'intestin contenu dans le sac, il restait au-dehors une tumeur molle, souple, qui renfermait évidemment un liquide; on l'incisa, il en sortit une certaine quantité de sérosité, et on aperçut dans le fond du kyste une substance vésiculaire qui fut soulevée avec des pinces et emportée d'un coup de ciseaux. Il fut clair alors que la hernie était compliquée d'une hydrocèle enkystée du cordon. Le malade fut guéri en six semaines de ses deux maladies. Scarpa, *des Hernies*, p. 196.

Obs. 129.—*Tumeur graisseuse prise pour une hernie.* —Un homme de 58 ans portait une tumeur du volume d'une grosse noix au-dessus de l'ombilic, sur le

trajet de la ligne blanche. Cet homme fut pris, après nombre d'excès, des symptômes de l'étranglement les plus violens. D'après son rapport, la tumeur qui pouvait *rentrer à volonté* auparavant et *n'avait pas augmenté de volume* depuis son apparition, s'accrut tout à coup pendant les vomissemens et devint *très douloureuse au toucher*. On crut à une hernie épiploïque, la tumeur fut mise à nu par une incision; puis on essaya de la réduire, après des débridemens faits d'abord sur le feuillet antérieur de l'aponévrose abdominale, puis sur toute l'épaisseur de la paroi du ventre, à l'exception du péritoine; le tout sans qu'on pût faire rentrer la tumeur. Celle-ci, examinée alors avec soin, fut reconnue pour être une tumeur graisseuse extérieure au péritoine. Le malade mourut de la péritonite, cause de tous les symptômes. Ollivier d'Angers, *note du supplément au Traité des Hernies de Scarpa*, p. 109.

Obs. 130. — *Tumeur graisseuse de l'ombilic prise pour une hernie étranglée. Opération*—Une femme portait un peu au dessous de l'ombilic, au côté gauche de la ligne blanche, une tumeur du volume d'une grosse noix, sans aucun changement de couleur à la peau. Elle fut prise d'une colique violente, de nausées, de suppression de selles, etc. Scarpa procéda à l'opération. Mais, après l'incision des tégumens, il ne trouva pas la plus petite trace de sac herniaire. Toute la tumeur consistait en une petite masse de graisse durcie et portée sur un pédicule qui traversait la ligne blanche. Cette masse fut emportée d'un coup de ciseaux; des bains, des lavemens, l'huile de ricin, rétablirent

le cours des selles et la malade guérit. Scarpa, *Traité des Hernies*, p. 339.

Obs. 131. —*Inflammation de glandes inguinales prise pour une hernie étranglée.* — Un homme âgé de 48 ans, portait depuis deux jours à la région inguinale une tumeur marronée, dure et rénitente, qui lui était survenue avec le cortége d'accidens caractéristique d'une hernie inguinale étranglée. La tumeur fut irréductible, malgré la saignée, les bains, etc. Cependant le sixième ou septième jour suivant, des alternatives de bien et de mal, savoir : les vomissemens de matières fécales et la constipation d'une part, de l'autre, la suspension des vomissemens, et le retour de quelques selles, furent assez prononcés pour faire retarder l'opération. Cependant, le malade s'affaiblissant, les accidens redoublant d'intensité, elle fut pratiquée par M. Briot, assisté de plusieurs médecins. Incision faite des parties superficielles, on arriva à la tumeur elle-même qui parut formée de deux parties, dont l'une lisse, tendue et enflammée ressemblait à une anse d'intestin dans laquelle il y aurait eu des matières fécales durcies; l'autre flasque et brunâtre imitait une portion d'épiploon prête à se gangréner. Jusque là tout contribuait à entretenir l'erreur. Mais, le chirurgien étant allé à la recherche de l'anneau inguinal, s'aperçut que cet anneau n'était point dilaté, ne donnait passage à aucune partie sortant du bas-ventre, et que ce qui avait été pris pour une hernie n'était autre chose qu'un engorgement inflammatoire des glandes inguinales, dont quelques-unes étaient

en suppuration et d'autres voisines de la gangrène. L'ablation de ces glandes n'empêcha pas le malade de succomber à sa maladie qui était une violente inflammation des gros intestins. Briot, *Histoire de l'état et des Progrès de la Chirurgie en France, pendant les guerres de la Révolution*, p. 284.

Obs. 132. — *Rétrécissement squirrheux de l'intestin, glandes inguinales engorgées, symptômes d'étranglement. Opération.* — Un homme de 50 ans avait tous les symptômes de l'étranglement; Scarpa, en explorant l'abdomen, trouva sous l'arcade fémorale du côté gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noix, dure et douloureuse. Le malade étant dans le délire, son épouse apprit à Scarpa que la tumeur, existant depuis plusieurs années, était douloureuse seulement depuis quelques jours, que les selles habituellement difficiles n'avaient plus lieu malgré les purgatifs et les lavemens. Il fut procédé de suite à l'opération, mais ce fut en vain que le chirurgien chercha un sac herniaire sous la glande inguinale qui formait la tumeur. Le malade mourut. On trouva un rétrécissement squirrheux de la fin du colon, si considérable qu'on pouvait à peine y introduire une sonde ordinaire. Il n'y avait aucune trace de hernie. Scarpa, *Supplément au traité des hernies* p. 61.

Obs. 133. — *Bubon pris pour une hernie.* — Un vieillard de 74 ans, porteur depuis long-temps d'une hernie inguinale droite, est pris de malaise, de vomissemens; puis, en-dehors de la hernie, se manifesta une petite tumeur, que le médecin essaia en vain de réduire, après les renseignemens du malade. Un

chancre au gland fit reconnaître l'erreur. *Thèse de Paris*, 170, p. 16, 1829.

Obs. 134.—*Abcès enkysté de l'abdomen pris pour un abcès du foie.* Bertrandi cite le cas d'un malade qui ayant eu la jaunisse se plaignait d'une tumeur douloureuse qui s'étendait depuis le cartilage xyphoïde jusqu'à la troisième des fausses côtes. Les chirurgiens d'après la fluctuation et les symptômes pensaient avoir affaire à un abcès du foie qu'il fallait ouvrir. Le malade refusa. A sa mort qui eut lieu 4 mois après on trouva le foie sain, mais à son bord adhérait un abcès enkysté qui s'étendait jusqu'à l'appendice xyphoide et au bord droit de l'estomac et renfermait une matière épaisse et jaunâtre venant d'une tumeur ulcérée des glandes qui sont vers le pylore, et dont la couleur, supposé qu'on eût ouvert l'abcès, aurait encore contribué à faire croire que la maladie avait son siège dans le foie. *Mém. Acad. Chir.* T. III. p. 499.

Obs. 135 communiquée par M. Maisonneuve. — Un homme de 40 ans arrive à l'hôpital avec une coloration jaune de la peau, une hypertrophie considérable du foie, une vive douleur dans le flanc, une fièvre vive, et une diarrhée abondante. Il succomba en quelque jour. A l'autopsie on trouve le foie hypertrophié et contenant de vastes poches purulentes, mais on rencontre aussi une hernie inguinale du colon transverse avec gangrène et péritonite générale. On ne l'avait pas soupçonné pendant la vie.

Obs. 136. — *Ascite faisant méconnaître une grossesse.* — Une jeune dame était atteinte d'anasarque et d'as-

cite. Un médecin très instruit voulait employer des remèdes actifs contre cette double hydropisie. Morgagni voyant que la dame avait déjà de petits enfans, soupçonna une grossesse, bien qu'il ne pût s'en assurer, et conseilla de temporiser. Quelque temps après, la dame accoucha, et fut guérie en même temps de ces maladies. (Morgagni, *de sed et caus. Épist.* XLVIII, § III.)

§ V. *Erreurs de diagnostic provenant de ce que la maladie reçoit, des parties voisines, des modifications qui lui donnent de la ressemblance avec une autre.*

Cette erreur est fréquente et souvent difficile à éviter, c'est surtout à propos des tumeurs qui peuvent recevoir des battemens des artères, qu'elle est commise; elle peut encore se présenter dans plusieurs affections, qui ont leur siège au crâne, le long du rachis, aux environs de la poitrine ou de l'abdomen. Les mouvemens d'expansion et d'affaissement que l'acte de la respiration communique aux organes renfermés dans ces grandes cavités, les battemens dont quelques uns sont agités, et qui sont déterminés par les contractions du cœur entraînent des battemens analogues dans les tumeurs voisines; quelques modifications de la respiration, l'éternuement, la toux, peuvent communiquer à plusieurs maladies, les hernies, les abcès, un choc analogue, qui perçu par la main de l'observateur, ont amené à les confondre. Nous avons déjà fait con-

naître comment on doit s'y prendre pour éviter l'erreur quand l'affection a son siége sur le trajet d'une artère; les doubles mouvemens des tumeurs situées aux environs du crâne ne permettent guère de les prendre pour les anévrismes ou les tumeurs érectiles; enfin, dans les autres cas, l'ensemble des symptômes suffira le plus souvent pour empêcher un chirurgien attentif de les confondre.

Obs. 137. — *Empyème pris pour un anévrisme.* Un jeune homme, après une maladie aiguë, vit une tumeur se développer rapidement sur la partie antérieure de la poitrine au côté gauche du sternum. Elle était agitée de mouvemens d'expansion et de resserremens isochrones à ceux du pouls. Pendant ce temps le cœur battait sous la clavicule droite. Tout le monde crut à un anévrisme, et l'on voyait avec frayeur arriver le moment où la peau amincie allait se rompre et donner lieu à une hémorrhagie foudroyante. Le malade seul auquel on avait caché ce qu'on pensait de son état attendait avec impatience la rupture de la tumeur qu'il regardait comme un abcès, et voulant hâter le travail de la nature, il prend une épingle, la plonge dans le sommet de la tumeur, et se pratique ainsi l'opération de l'empyème. Le pus sort en petite quantité d'abord, puis à flot, lorsque l'ulcération eut agrandi la plaie. Un élève veut s'assurer avec un stylet que le cœur est revenu à sa place. L'instrument s'échappe, tombe dans la cavité de la poitrine, y séjourne pendant trois jours au bout desquels il vient faire saillie à travers un espace intercostal dont on le retira par une incision. J'ai vu

depuis ce jeune homme jouissant de la meilleure santé.

Obs. 138.—*Abcès de la poitrine pris pour un anévrisme.* Un homme vint à l'hôtel-Dieu avec une tumeur large, fluctuante et sans changement de couleur à la peau, située vis-à-vis la région du cœur. On y sentait des inégalités qui annonçaient la destruction d'une ou deux côtes dans le trajet du foyer, et des battemens avec ondulations, qui firent craindre à Pelletan que la tumeur ne fût un anévrisme du tronc de l'aorte à sa sortie du cœur. Dans cette incertitude partagée par plusieurs consultans, on abandonna à la nature l'ouverture de la tumeur, il en sortit du pus. Le malade étant mort quelque temps après, on trouva à l'autopsie que les battemens, comme on l'avait pensé du vivant du malade, avaient été communiqués à l'abcès symptomatique de la carie des côtes, par l'impulsion du cœur (Pelletan, *Clin. chir.*, t. III, p. 254.)

Obs. 139. — *Abcès pris pour un anévrisme.* Une jeune fille de dix ans avait sur le côté droit de la poitrine une tumeur extrêmement volumineuse, laquelle allait de la clavicule à partie moyenne du sternum. Cette tumeur était presque indolente, sans rougeur et sans chaleur, mais on y sentait des pulsations très-fortes. On la regarda comme un anévrisme et on n'osa rien y faire. Quelque temps après, la tumeur s'ouvrit d'elle-même et laissa échapper une grande quantité d'humeur assez louable. La jeune malade guérit avec facilité. (*Bibl. chir. de Manget*, citée par Sabatier, éd. 1824, p. 135.)

Obs. 140.— *Fongus de la dure mère pris pour un*

anévrisme de l'artère temporale. Une femme de 22 ans, à la suite de vives douleurs de tête, devint amaurotique, puis elle eut des tintemens d'oreille, elle accusa ensuite un battement au-dessus de l'oreille droite, où l'on voyait une petite tumeur du volume d'une noix, disparaissant et perdant ses battemens par la pression, on ne sentait au toucher aucun bord osseux, ni aucune crépitation. L'artère temporale se rendant à cette tumeur, et la compression de cette artère en faisant cesser en partie les battemens, le chirurgien *Orioli* crut avoir affaire à un anévrisme de l'artère temporale avec un sac alimenté par d'autres petites artères; l'opération fut jugée nécessaire. Mais la tumeur n'était pas superficielle comme on l'avait cru, il fallut diviser le muscle temporal, le péricrâne, alors on trouva la carie. Le fongus adhérent à la dure mère fut enlevé, quoique sa base fût large. La gangrène vint détacher les parties que l'instrument n'avait pas enlevées, la plaie se cicatrisa et la malade guérit, en conservant toutefois l'amaurose. *Gaz. méd.*, 1834, p. 410.

Obs. 141. — *Goître pris pour un anévrisme.* Les artères carotides primitives impriment au goître, derrière lequel elles sont placées, des pulsations qui ressemblent beaucoup à celles des anévrismes, et lorsque le goître est borné à un seul côté de la glande thyroïde, on pourrait le prendre pour un anévrisme de la carotide. Je pourrais citer, dit Boyer, plusieurs exemples de cette méprise; j'ai eu dans certains cas de ce genre beaucoup de peine à calmer l'imagination des malades, justement effrayés et par la gravité de la ma-

ladie qu'on leur supposait et par les remèdes et le régime qu'on leur avait prescrit. (Boyer. T. VII. p. 74.)

§ VI. *Erreurs de diagnostic, provenant de ce que l'on attribue la maladie à un corps étranger qui n'existe pas.*

C'est surtout à propos des maladies de la vessie que cette erreur a été commise; et, comme elle conduit à pratiquer une opération souvent mortelle, le chirurgien ne saurait apporter trop de soins à l'éviter.

Obs. 142. — *Tubercules de la vessie pris pour un calcul, taille.* Dupuytren raconte qu'un enfant de 2 ans et demi, éprouvait depuis quelque temps de vives douleurs dans la vessie. Déjà on avait cru reconnaître un calcul par la sonde. Dupuytren l'ayant sondé à plusieurs reprises, tantôt trouvait, tantôt ne trouvait pas la pierre. Décidé à l'opérer, il le sonde de nouveau, croit sentir bien distinctement la pierre et pratique la taille sur le champ; mais malgré les recherches les plus minutieuses il ne trouve aucun calcul. — La plaie fut laissée entr'ouverte et les recherches continuées avec la sonde qui tantôt rencontrait, tantôt ne rencontrait pas le corps étranger; ce qui fit croire à Dupuytren qu'il avait affaire à un calcul engagé dans l'uretère droit. Cependant l'enfant dépérissait, quand tout à coup les douleurs disparurent complètement. Quelque temps après l'enfant retomba malade, et mourut à l'hôpital des Enfants; on trouva à droite

dans le bas fond de la vessie, des tubercules ramollis. (Dupuytren, *Cliniq*. T. II. p. 332.)

Obs. 143. — *Taille pour un calcul qui n'existait pas.* Un enfant de 30 mois se tiraillait continuellement la verge et éprouvait, depuis un an, de vives douleurs en urinant. M. Roux le sonda et crut sentir un calcul; le cathétérisme explorateur répété au moment de l'opération donna des résultats obscurs, mais qui toutefois parurent suffisans au chirurgien. La vessie étant ouverte par le procédé d'Hawkins, il fut impossible de trouver le calcul. Malheureusement l'ouverture du corps ne put pas être faite. (*Archives* T. II. p. 557.)

Obs. 144. — *Kyste osseux de la vessie pris pour un calcul.* Un kyste osseux développé dans la paroi de la vessie offrait à la sonde une résistance tellement semblable à celle de la pierre, que le malade fut soumis à l'opération. L'ouverture du cadavre fit connaître l'erreur. (Boyer. T. IX. p. 324.)

Obs. 145. — *Vessie cartilagineuse. Malade taillé sans avoir la pierre.* — Un enfant de cinq ans, avait les signes rationnels de la pierre. Le cathétérisme confirma le chirurgien dans cette idée. L'opération pratiquée, les tenettes introduites dans la vessie purent à peine être ouvertes, mais ne rencontrèrent pas de calcul malgré la sensation de choc d'un corps dur que déterminèrent les recherches du chirurgien. Le malade succomba au bout de vingt-quatre heures. Il n'existait point de pierre, mais la vessie très rétrécie était comme cartilagineuse, ses parois avaient la consis-

tance de la corne et donnaient, quand on les touchait avec la sonde, la sensation d'un corps dur. (*Journ. de Desault*. t. 2. p. 131.)

Obs. 146. — *Rétroversion de l'utérus. Signes de calcul vésical. Lithotomie. Mort.* —Chez une femme morte à la suite d'une opération de lithotomie, faite dans le dessein de la délivrer d'une pierre qu'elle n'avait pas et que l'on croyait enkystée, on trouva la matrice située en travers dans le bassin. Son museau appuyait sur la partie moyenne du rectum et le haut de la partie antérieure de son corps sur le bas fond de la vessie et faisait bosse au dedans de ce viscère en y repoussant ses tuniques, bosse qui avait été prise pour un calcul enkysté. Cette femme avait tous les signes rationnels de la pierre. (Lassus. *Med. Oper....* T. 1. p. 315.)

Obs. 147. — *Introversion de la vessie causée par la pression de matières stercorales, prise pour un calcul.* — Un homme éprouvait des symptômes de pierre dans la vessie; en le sondant, on jugea qu'il y en avait une. A l'autopsie on vit qu'on s'était trompé, la vessie ne contenait aucun corps étranger. La dureté qu'on y avait sentie par la sonde dépendait d'un amas d'excrémens, endurcis dans le cœcum qui avaient distendu cet intestin et l'avaient poussé contre la vessie, de sorte que leurs pressions sur le fonds de ce viscère causaient des symptômes qui imitaient ceux de la pierre. (Autty. *Voies Urinaires*. p. 25. Cité par Boyer. T. IX. p. 87.)

§ VII. — *Erreurs de diagnostic provenant de ce que l'on méconnait l'existence ou le siège d'un corps étranger.*

Si, dans le paragraphe précédent, on a vu des maladies méconnues parce qu'on croyait à des corps étrangers qui n'existaient pas ; on a bien plus souvent encore commis des erreurs inverses et attribué à toute autre cause les désordres qui résultent de la présence d'un corps étranger. D'autres fois le corps étranger a été soupçonné, mais on a méconnu son siège. Dans ce dernier cas, la présence du corps étranger est plutôt une cause d'incertitude que d'erreur de diagnostic. Dans l'autre la méprise est presqu'inévitable, si les signes anamnestiques ne mettent le chirurgien sur la voie.

Obs. 148. — *Corps étranger dans l'œil méconnu.* — Wenzel fut un jour consulté pour un jeune enfant, qui portait au centre de la cornée de l'œil gauche, une petite tache d'un blanc jaune, ronde et élevée comme une phlyctène ; de cette tache irradiaient des vaisseaux variqueux, qui couvraient en grande partie la cornée, et empêchait presque complètement la vüe de ce côté. Cette maladie avait été prise par les plus célèbres chirurgiens de la capitale pour une véritable phlyctène : beaucoup de remèdes avaient été déjà employés sans succès. Wenzel examinant l'œil avec soin, en s'aidant d'une petite aiguille d'or, reconnut une coque de millet implantée

sur la cornée, et en fit l'extraction. Tous les symptômes ne tardèrent pas à disparaître. Wenzel, 62.

Nous avons eu l'occasion de rencontrer un fait à peu près semblable chez un enfant de 12 ans, qui depuis 6 mois environ avait une opthalmie des plus intenses, pour laquelle plusieurs médecins avaient été consultés; je reconnus la présence d'une élytre d'insecte, j'en fis l'extraction et l'opthalmie fut promptement guérie. Mon frère a vu un cas analogue. L'ophthalmie qui datait d'un mois était entretenue par la présence d'un fruit de graminée. Cette cause avait été méconnue par plusieurs chirurgiens. L'extraction fut pratiquée, l'ophthalmie disparut, mais la cornée resta opaque.

Obs. 149.—*Os dans les bronches pris pour une pleurésie.* —Un soldat en suçant la moëlle d'un os fut à l'instant pris de toux, de douleur à la partie latérale gauche de la poitrine et de crachemens de sang. Il fut traité pour une pleurésie. Ce ne fut que quelques mois après qu'il rendit le corps étranger, cause de tous les accidens qui s'étaient prolongés sous forme de phthisie. C'était un morceau d'os pointu. Il succomba néanmoins trois jours après; on trouva dans le poumon gauche la cavité où s'était logé de prime abord le corps étranger, et où le malade avait rapporté le siège de la douleur. *Mém. academ. chirur.*, t. V, p. 532.

Obs. 150.—Mademoiselle C. agée de 22 mois avala un petit os en mangeant la soupe; quelques accidens de suffocation se manifestèrent, mais ils dis-

parurent bientôt; quelque temps après la voix devent rauque, le cou s'infléchit à droite. On crut à un *croup chronique*. Mais au bout de quelques mois, la malade rejeta un os triangulaire. Elle mourut quelque temps après, et l'on trouva le pharynx perforé et les corps des deuxième, troisième et quatrième vertèbres cervicales cariées. *Journ. de Leroux*.

Obs. 151. *Corps étrangers dans l'œsophage méconnu.* — Un jeune homme de 24 ans, dans un repas avale un fragment d'os qui lui fait éprouver une douleur vive en traversant le pharynx; comme il put avaler d'autres bouchés, il crut l'os descendu dans l'estomac. Toutefois la douleur persista dans un point fixe du col et devint assez vive pour empêcher la déglutition; de la fièvre se développa, on soupçonna une œsophagite; plus tard du sang et du pus furent rendus par la bouche et par les selles; et le malade succomba au milieu d'accidens qu'on traita comme des accès d'une fièvre rémittente pernicieuse. A l'autopsie, on trouva la cause de tout le désordre dans l'os avalé qui était passé au-dessous de la muqueuse et avait déterminé, sur les côtés du col, sous la couche profonde des muscles, la formation d'un large abcès plein d'une matière noirâtre et boueuse. — M. Gibert, auteur de cette observation ajoute que deux cas analogues lui ont été communiqués par les docteurs Filleau et Corby. (*Archives*, t. XVII, p. 137).

Obs. 152. — *Corps étranger dans la trachée pris pour un corps étranger dans l'œsophage. Mort.* — Un enfant

de Dresde jouant avec des fèves s'en jeta une dans la bouche et ne put la repousser au dehors. La face devint bleue et noire en un moment avec une toux violente qui menaçait de suffocation. Un chirurgien ignorant la cause de la maladie crut à l'existence d'un corps engagé dans l'œsophage et y porta sur le champ un fil de fer garni d'un éponge, ce qui procura la sortie d'une grande quantité de matière muqueuse. La respiration devint libre et l'enfant, qui jusque là n'avait pu dire un mot, recouvra l'usage de la parole sans altération. La nuit d'après il mourut presqu'en un moment dans un accès de toux. Les parens attribuaient cette mort inopinée à un catharre suffocant ; mais le chirurgien qui avait appris l'histoire des fèves, après avoir cherché inutilement le corps étranger dans la trachée et les bronches le trouva sous la glotte. (*Ephem. Acad. nat. curios. Dec.* III Ann. V et VI, obs. CCLIII, cité par Louis, t. IV, p. 543.

Ob. 153. — *Corps étranger dans la trachée pris pour un corps étranger dans l'œsophage.* — Unepetite fille de sept ans avala une fève de haricot en jouant; elle fut attaquée sur-le-champ de difficultés de respirer et d'unetoux convulsive. Plusieurs chirurgiens, croyant que le corps avait pénétré dans l'œsophage, s'efforcèrent de le faire descendre par les moyens usités dans ce cas. Louis, appelé le deuxième jour, reconnut que la respiration seule était gênée, et que le siège de la douleur indiqué par l'enfant était la trachée-artère. Il proposa, en conséquence, la bron-

chotomie, qui fut refusée par les consultans, dont plusieurs ne pouvaient croire qu'une fève de haricot pût s'introduire dans la trachée. On se contenta d'administrer de l'émétique. Le lendemain matin, elle parut mieux, puis mourut le soir. (Louis, *Mém. Acad. chir.*, t. IV, p. 514.)

Ob. 154. — Muys rapporte l'histoire d'un enfant qui, ayant avalé un corps de même nature, fut soumis également à des manœuvres ayant pour but d'enfoncer ce corps dans l'estomac ou de l'extraire du gosier. Tous les accidens s'étaient calmés, lorsque, trois jours après, l'enfant fut repris, en se baissant, de la toux et des mêmes accidens que dans le premier moment, et mourut le cinquième jour. (Muys *Pract., Chirur. ration., dec.* VII, obs. 9; Louis, *L. c.*, p. 521.)

Ob. 155. — *Corps étranger dans la trachée méconnu. Mort.* — Une petite fille de quatre ans tomba en mangeant des amandes de noyaux d'abricot. Aussitôt toux violente, gêne de la respiration, suffocation imminente. Deux heures après l'accident, il n'y avait plus que de la gêne dans la respiration et un peu de sifflement; ces accidens, ainsi que la douleur de gorge, disparurent même assez complètement pour faire croire à la non-existence du corps étranger, malgré l'avis contraire de plusieurs médecins. Tous les phénomènes revinrent, et la malade mourut suffoquée, soixante heures après l'accident, sans que jamais la toux fût revenue. La moitié d'une amande

était située au-dessous du cartilage cricoïde. (*Mém. acad. chir.*, t. V, p. 524.)

Obs. 156. — *Corps étranger dans la trachée. Accès de suffocation pris pour un asthme.* — Tout le monde connaît l'histoire de ce marchand d'estampes qui, jetant un louis d'or dans sa bouche, le laissa pénétrer dans la trachée-artère. Les symptômes de suffocation qui survinrent ne durèrent qu'un moment, mais le reprirent à différentes fois, dans l'espace de quatre ans, ce qui fit prendre la maladie pour un asthme. Louis, fondé sur ce que le malade n'avait pas rendu la pièce d'or, et qu'il disait la sentir distinctement dans la trachée, proposa la bronchotomie : les autres consultans s'y opposèrent. Le malade étant mort deux ans après, on trouva la pièce d'or placée perpendiculairement à la première bifurcation de la bronche droite. Le poumon, de ce côté, était désorganisé par la suppuration. (*Mém. acad. chirurg.*, t. V, p. 528.)

Obs. 157. — *Corps étranger dans la trachée pris pour une phthisie.* — Une femme de Padoue, après avoir ri en avalant un noyau d'aveline, fut attaquée d'une toux violente, qui la tourmenta horriblement pendant deux mois. Ce état causa la fièvre et amena le marasme. Cette femme fut jugée phthisique par un médecin. J. D. Sala, après plusieurs questions, apprit quelle était la cause de la maladie. Les vomitifs qu'il administra n'eurent à la vérité pas de succès, mais la malade rendit, quelque temps après, le noyau en crachant, et dès ce moment elle recouvra

sa santé première. (Th. Bartholin, *Hist. anat.*, *cent.* II. hist. XXVII; Louis *Mém. Acad. chir.*, t. IV, p. 526.)

Obs. 158.—*Haricot dans les voies aériennes méconnu.* —Un enfant de 6 ans s'amusait à lancer en l'air des haricots qu'il recevait ensuite dans la bouche. Il fut pris tout à coup de toux et de suffocation. Après un accès de colère, il fut saisi de vomissement, de toux suffocante et d'anxiété extrême. Un médecin appelé aussitôt crut que le corps étranger était dans l'œsophage, sonda le canal à plusieurs reprises et donna des vomitifs. Cependant le malade étouffant et se plaignant d'une douleur vive à la trachée, il appliqua des sangsues au cou. Le cinquième jour, les accidens croissant et la suffocation étant imminente, l'enfant fut apporté à Dupuytren qui pratiqua aussitôt la trachéotomie et retira un haricot fortement gonflé. La guérison eut lieu. (*Dupuytren, Cliniq. chir.*, t. III, p. 593.)

Obs. 159.—*Corps étranger ayant séjourné 6 ans dans la trachée.* — Un garçon de 9 ans, ayant avalé par mégarde un crayon de plomb, fut aussitôt pris de toux, de suffocation et de dyspnée, symptômes qui disparurent au bout de deux jours sans avoir donné d'inquiétude aux parens. Dans l'espace de six années qui suivirent, ce jeune garçon présenta de la toux, un sentiment de suffocation, de la difficulté à respirer et un malaise à la gorge, qui furent attribués à la pésence de vers dans le canal intestinal, et diminués par quelques préparations vermifuges. On

avait entièrement perdu de vue le corps étranger avalé, lorsqu'un jour ce garçon étant penché fortement en avant pour fendre du bois, fut pris d'un accès de toux, dans lequel il se débarrassa du crayon; cause méconnue des accidens. (*Journal des Progrès*, t. XIII, p. 269.)

Obs. 160.—*Soie de sanglier dans le conduit de Warthon, méconnue pendant trois mois.*—Un cordonnier, portier de la maison qu'habitait M. le docteur Robert, avait une des glandes sous-maxillaires triplée de volume, indolente, mais surmontée par une ulcération vers l'orifice du canal de Warthon et par une petite ouverture accidentelle. Consulté, M. Robert soupçonna la présence d'un calcul salivaire dans le conduit, mais le cathétérisme ne lui ayant rien fait sentir, il jugea le malade atteint d'un engorgement inflammatoire chronique de la glande. Trois mois se passèrent sans qu'il se manifestât aucun changement; mais un jour le malade sentit un corps étranger qui sortait par une des ulcérations et lui piquait la langue; c'était un de ces crins dont se servent les cordonniers et qu'ils portent à la bouche pour les couper; il s'était probablement introduit dans le conduit de Warthon et avait déterminé les accidens observés. M. Robert l'ayant enlevé avec une pince, la maladie fut guérie en huit jours (*Archives*, t. XXIV, p. 444.)

Obs. 161. — *Calcul obstruant le canal de Warthon. Cautérisaton.* — Un homme sentit, en proférant un cri, une douleur vive dans la glande sous-maxillaire.

Il survint un gonflement inflammatoire, la glande resta dure et douloureuse. On employa les révulsifs, la potasse caustique fut de même appliquée sans succès. Sabatier consulté reconnut un petit calcul obstruant le canal de Warthon. Une petite incision lui donna issue et tous les accidens cessèrent. La même cause les ayant ramenés, la même opération les fit disparaître. (*Sabatier, Edit. Sanson et Begin*, t. II, p. 271.)

Obs. 162.— *Eponge dans le vagin prise pour un cancer.* — Appelé auprès d'une dame enceinte, et à terme, un praticien de Paris pratique le toucher, et croit reconnaître une dégénérescence cancéreuse, avec procidence du col de l'utérus. Effrayé, il appelle en consultation M. Capuron, qui, considérant l'état de santé de la femme, qui n'était pas en rapport avec l'altération organique présumée, fit un examen plus approfondi des parties, et retira une éponge oubliée depuis long-temps. (*Thèses de Paris*, 1834, n° 7, p. 12.)

Obs. 163. — *Végétation entourant un pessaire, prise pour un cancer.* — Une femme portait depuis dix ans un pessaire en liége qui n'avait jamais été retiré. Depuis ce temps, la femme n'y pensait plus, et l'avait tout-à-fait oublié. Elle fut prise de douleurs très-aigues dans le canal vulvo-utérin, suivies d'un écoulement sanieux et de mauvaise nature. Le canal était rempli de végétations fongueuses qui recouvraient entièrement le pessaire, d'ailleurs revêtu d'une couche d'incrustations calcaires. M. Cloquet

excisa ces végétations, reconnut le pessaire, en fit l'extraction, et guérit ainsi la femme du cancer vaginal pour lequel on la traitait.

Obs. 164. — *Urétrite entretenue par la présence d'une arête de poisson dans l'urètre.* — Un individu qui faisait habituellement sa nourriture de poisson fut pris d'un écoulement abondant par l'urètre. Le trajet du canal ne présentait à l'exploration ni corps étranger, ni nodosité; mais de vives douleurs se faisaient sentir au col de la vessie, avec pesanteur au périnée, fréquens besoins et difficulté d'uriner; un bubon douloureux et enflammé occupait l'aîne gauche. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, le bubon disparut promptement par résolution, et les douleurs urétrales diminuèrent; mais l'écoulement persista, se montra parfois sanguinolent, et il y eût même une hématurie qui effraya le malade. Après plusieurs alternatives de bien et de mal, le malade sentît, dans le trajet du canal de l'urètre, un prurit insolite et douloureux. Le chirurgien explorant alors l'urètre, aperçut vers la fosse naviculaire une pointe de corps étranger qu'il saisit, et dont il fit l'extraction : c'était une arète courbe, transparente et longue de dix lignes. (*Arch.* t. XVIII, p. 433.)

Obs. 165. — *Calcul vésical pris pour une tumeur de l'ovaire.* — Une femme, âgée 34 ans, était en travail; la sage-femme et le médecin appelés, découvrirent une tumeur dure, irrégulière, d'environ quatre pouces de longueur sur trois de largeur, située à droite

et près de l'échancrure sacro-sciatique et laissant à peine un espace de deux pouces et demi pour le passage de la tête. Cette tumeur fut regardée par le chirurgien comme une induration squirrheuse de l'ovaire droit. Mais la malade ayant succombé, bien que la tête de l'enfant eut été perforée et l'accouchement terminé, on découvrit que la tumeur était un énorme calcul contenu dans la vessie. (*Archives*. t. XIX. p. 610.)

Obs. 166. — *Calcul dans une cystocèle pris pour un squirrhe.* — Dans un cas de cystocèle inguinale qui descendait au fond du scrotum, au-devant du testicule aplati et atrophié, un calcul urinaire fut pris pour un squirrhe. Pott ne reconnut la nature de la maladie que pendant l'opération. (*OEuv. chirurg. trad. Fr.* t. I. p. 488.)

Obs. 167. — Un chirurgien de campagne, voyant une tumeur inguinale, circonscrite sans changement de couleur à la peau, la crut un bubon vénérien squirrheux. Obtenant peu d'effet des émolliens, il y appliqua un caustique et incisa l'escharre. Il fut bien étonné quand il aperçut une pierre dans le sac qu'il avait ouvert, et quand la sortie de l'urine ne lui laissa plus aucun doute sur l'erreur qu'il avait commise.

Obs. 168. — *Uretères dilatés. Erreur de cathétérisme.* — Un jeune homme avait tous les signes de la pierre. La sonde pourtant ne put pas la rencontrer. A e seconde tentative la pierre est distinctement sentie, et la vessie, qui avait d'abord paru fort longue, sembla très-petite. D'autres praticiens à qui le malade

fut confié, obtinrent des résultats analogues du cathétérisme. Le malade étant mort sans avoir été opéré, on trouva le calcul dans la vessie qui était très-petite sans cellules et sans appendices; mais l'embouchure des uretères très-rapprochée du col de la vessie était en outre assez dilatée pour offrir un libre passage à la sonde, et induire en erreur le chirurgien le plus expérimenté par cette espèce de fausse route. (Lassus. *Méd. opér.* T. I. p. 314.)

Obs. 169. — *Erreurs produites par la dilatation des uretères. — La sonde pénètre dans l'uretère. — Pierre méconnue trouvée à l'autopsie.* Un jeune homme avait les signes de la pierre, le cathétérisme l'avait reconnue. Pelletan l'ayant sondé un jour qu'il avait de la peine à uriner, ne sentit point la pierre, eut de la peine à mouvoir sa sonde, et donna issue seulement à une petite quantité d'urine. A quelques heures de distance, un autre chirurgien évacua par le cathétérisme plus d'une pinte de ce liquide. Le malade étant mort quelques jours après, l'ouverture faite en présence de plusieurs chirurgiens qui avaient pensé, les uns que l'obstacle à la mobilité de la sonde, alors que Pelletan avait sondé, tenait à ce que la pierre était en partie engagée dans le col, les autres, que l'opérateur avait fait une fausse route, fit voir leur erreur et démontra la vérité de l'opinion de Pelletan qui avait pensé que cela tenait à ce que le bec de la sonde s'était introduit dans l'orifice d'un des uretères très-dilatés. Chopart cité par Boyer. T. 8, p. 551.

Obs. 170. — *Pierres enkystées.* Hollier parle

d'un marchand qui avait tous les signes de la pierre, seulement on ne put jamais la reconnaître par la sonde, il mourut, et on trouva deux pierres enkystées, chacune dans une enveloppe particulière, et pesant chacune deux onces et demie. *Mém. de l'acad. de chirurgie*, t. 1, p. 403.

Obs. 171. *Pierres enkystées méconnues.* Schenkius parle d'un malade qui avait tous les symptômes de la pierre, excepté ceux que la sonde fournit; il fut taillé; on ne trouva aucune pierre : à l'autopsie, on trouva trente-deux pierres enveloppées chacune par une poche particulière. Ces pierres remplissaient toute la cavité de la vessie, il ne restait qu'un passage à l'urine. *Mém. de l'acad. de chirurgie.* T. 1, p. 403.

Obs. 172. — Une tumeur située au-dessus de l'ombilic, chez un officier, ayant été ouverte, il en sortit du pus fétide. Quelques jours après, en sondant la plaie, on sentit, après un trajet sinueux de deux pouces, un corps dur qu'on attira avec des pincettes, et qui fut reconnu pour un calcul bi liire. Les adhérences établies permirent au malade de guérir, en conservant toutefois l'ouverture fistuleuse. *Mém. acad. chirurgie.* T. 3, p. 470.

Obs. 173. — *Ulcères entretenus par la présence d'un corps étranger méconnu.* Un homme portait depuis vingt ans entre le grand trochanter et l'ischion un ulcère fistuleux qui se rouvrait ou se fermait cinq ou six fois chaque année. Cet ulcère survenu à la suite de l'ouverture d'un abcès, fut traité à différentes reprises par plusieurs incisions, sans que jamais la gué-

rison fut durable. J. L. Petit pensa qu'il devait y avoir un corps étranger ou un sinus oblique qu'il fallait mettre à nu. Il existait effectivement une pièce d'os séparée depuis long-temps du reste du fémur, (car aucune partie des os de la région n'était à nu), située au fond d'un trajet très oblique, qu'il ne put atteindre que par deux incisions successives. Le malade fut guéri en moins d'un mois. J. L. Petit. T. 2, p. 35.

Le même auteur rapporte encore deux observations tout-à-fait analogues.

Obs. 174. *Concrétions formées dans les fosses nazales autour d'un noyau de cerise prises pour un polype.* L'extraction a été suivie de guérison. Savialles. Bulletin de la faculté. T. 4, p. 411, 1815.

§ VIII. *Erreurs de diagnostic, provenant de ce qu'il existe une disposition anormale, congéniale ou acquise dans la partie malade ou dans celle avec laquelle on la compare.*

Les vices de conformation originels étant, pour ainsi dire, soumis à des lois, en vertu desquelles ils se reproduisent à peu près toujours les mêmes, le chirurgien évitera d'autant plus sûrement la méprise dans laquelle ils peuvent entraîner qu'il sera plus familier avec l'étude et la connaissance de ces aberrations. Quant aux vices acquis, il est difficile de prévoir toutes les circonstances dans lesquelles ils feront naître l'erreur. Mais celui-là commettra le moins de fautes qui, à la vue d'une partie déformée, n'omettra pas de

s'enquérir s'il n'y avait pas une difformité antérieure et qui fera la même demande en comparant une partie latérale du corps à celle qui lui correspond du côté opposé.

Obs. 175. — *Enfoncement ancien du crâne pris pour une fracture récente.* — Platner raconte qu'un homme étant tombé du troisième étage d'une maison, perdit le sentiment, et resta quelque temps dans un état de stupeur. Les cheveux étant rasés, on vit un enfoncement large et profond du crâne, sur lequel la peau n'était nullement lésée. Le malade s'étant réveillé, et craignant qu'on ne lui fît une incision, dit que cet enfoncement n'était point un accident de sa chute, et qu'il le portait depuis son enfance. Il n'éprouva aucun symptôme fâcheux, et se rétablit promptement. Boyer, tome V, p. 62.

Obs. 176. — *Plaie de tête ; suture sagittale prise pour une fracture.* — Un enfant de quatre ans et demi reçut, à la partie supérieure du pariétal droit, le choc d'un manteau de cheminée tombant d'une seule pièce ; ce qui lui fit une contusion de la grosseur d'un œuf de poule. Perte subite de connaissance, qui dura deux heures ; écoulement de sang par la bouche. Soupçonnant une fracture, M. Dru découvrit l'os par une incision en T. Le péricrâne fut trouvé intact. Le jour suivant, des mouvemens convulsifs s'étant manifestés, un des consultans voulut qu'on mît l'os à découvert. On détacha donc le péricrâne, et l'on reconnut une fracture. Le lendemain, on reconnut que la prétendue fracture n'était autre

chose qu'une portion de la suture sagittale qui était déviée du côté droit, et qui, au lieu d'être dentée était squammeuse, de telle sorte que le pariétal gauche chevauchait sur le pariétal droit d'environ deux lignes: les accidens augmentant, on trépana, et les accidens se dissipèrent graduellement. *Mémoire de l'Acad. de chir.*, t. I, p. 201.

Obs. 177. — *Plaie de tête ; suture sagittale prise pour une fracture.* — Un garçon de vingt-deux ans fut blessé à la partie supérieure du pariétal droit par un morceau de bois lancé de haut. Perte subite de connaissance, mouvement convulsif. Un chirurgien, sondant la plaie, prit la suture sagittale pour une fracture. M. Feste, se doutant de cette méprise, fit une incision cruciale, et reconnut l'erreur. Les accidens étant très-graves, M. Feste fit une incision sur la partie inférieure du pariétal, reconnut une double fracture et appliqua le trépan, qui eut un plein succès. *Mémoire de l'Acad. de chir.*, t. I, p. 213.

Obs. 178. — Saucerotte, p. 362 de ses *Mélanges de chirurgie*, cite l'observation d'un os wormien qui fut pris pour une fracture, et qui aurait fait pratiquer l'opération du trépan, si Nouvelle ne s'y fût opposé. La mort, survenue six ans après, permit de constater le fait par l'autopsie. Robert, *Progrès*, t. VII, p. 185.

Obs. 179. — *Déviation de la cloison des fosses nasales prise pour un polype.* — « Quelquefois, dit » M. Richerand, Nosographie chir., t. IV, p. 325, la » cloison des fosses nasales est tellement déjetée d'un

» côté, que l'on croit voir un polype. Un chirurgien » s'y trompa, déchira une portion de la membrane pi- » tuitaire, et mit l'os à nu en voulant arracher le faux » polype à une demoiselle du faubourg Saint-Ger- » main. »

Obs. 180. *Sarcocèle du testicule resté dans l'aine, pris pour une hernie épiploïque.* Un homme d'une cinquantaine d'années portait à l'aîne droite une tumeur cancéreuse ulcérée. Ce malade racontait, que lorsque cette tumeur commença à devenir douloureuse, il consulta deux chirurgiens herniaires, dont l'un diagnostiquant une épiplocèle, proposa l'amputation, et dont l'autre lui vendit deux bandages qu'il ne put porter. Enfin un guérisseur de cancers avait appliqué sur cette tumeur un caustique qui avait fait un ravage effrayant. Aucun n'avait remarqué, qu'il n'y avait pas du côté malade de testicule dans le scrotum. — L'état avancé de la maladie engagea Pott et Hollingworth à se borner aux palliatifs. L'autopsie montra un cancer du testicule non descendu dans les bourses. Pott. *œuv. chir.* T. II. p. 30

Obs. 181 *Testicule resté à l'anneau, pris pour une hernie.* Pott raconte qu'un pauvre homme qui vint le consulter pour une enflure qu'il avait à l'aîne avait été traité par des charlatans qui lui avaient appliqué une foule d'emplâtres. Dans sa jeunesse il avait porté un bandage pour contenir cette tumeur, et avait été forcé de l'abandonner sans en éprouver aucun accident. Ayant éte atteint d'une gonorrhée qui disparut subitement, il vit la tumeur de l'aîne augmenter.

Pott reconnut uue inflammation du testicule qui céda facilement aux moyens appropriés. Percival, Pott. *œuv. chir.* T. II. p. 28.

Obs. 182. *Contusion du testicule, prise pour une hernie étranglée.* Un jeune homme robuste, étant tombé sur une pièce de bois, qui le frappa dans l'aîne, ressentit une douleur si vive qu'il en perdit connaissance, l'aîne se tuméfia rapidement; un apothicaire appelé le saigna, et le lendemain, apprenant du malade qu'il avait dans l'aîne une descente qui n'avait jamais été réduite parfaitement, fit inutilement quelques efforts de réduction, et voyant une tache noire crut à l'existence d'une hernie étranglée et fit appeler Pott. Ce chirurgien trouva la tumeur douloureuse, enflammée; il y avait des vomissemens, de la constipation. Ces signes et les antécédens lui firent croire à une hernie étranglée, cependant avant d'opérer il voulut essayer un fort purgatif qui produisit une évacuation abondante, on eut ensuite recours aux émolliens, et bientôt on reconnut que tous les accidents étaient dûs à une contusion du testicule, resté à l'anneau. Pott. *œuv. chir.* T. II. p. 24

Obs. 183. *Testicule squirrheux pris pour un bubon.* Un homme de moyen âge portait à l'aîne une tumeur ovale, indolente, mobile, plusieurs chirurgiens l'avaient prise pour un bubon ou un bubon cèle. La pression exercée pour la reduire devenait le siège de douleurs qui s'étendaient jusque dans le dos. Il n'y avait pas de testicule de ce côté. Depuis deux ans cette tumeur était devenue dure, squirrheuse. Pott reconnut un sarco-

cèle et voulut l'enlever. Sur ces entrefaites M. Griffins ayant examiné la tumeur soutint que c'était une tumeur d'autre espèce, et susceptible de résolution. Sorti de l'hôpital, le malade entra ensuite à l'hôpital Saint Georges où il fut opéré : la tumeur était un squirrhe. Pott. *œuv. chir.* T. II. p. 29.

Obs. 184. — *Imperforation du vagin, accidens causés par la rétention des règles pris pour une sciatique.* — Fabrice d'Aquapendente rapporte qu'on traita long-temps comme atteinte d'un goutte sciatique une jeune fille de 13 ans chez laquelle l'hymen imperforé ne permettait pas l'issue libre des règles. Les douleurs dans les reins, dans la hanche et dans les cuisses avaient été la cause de cette erreur; la jeune fille était au dernier degré du marasme quand Fabrice fut appelé, reconnut la maladie et la guérit par une opération convenable. *Œuvres chirurg. de Fab. d'Aquapendente*, Lyon, 1674, p. 742.

Obs. 185. — *Absence de la partie inférieure du vagin, prise pour une imperforation de l'hymen.* — Une demoiselle de 21 ans avait employé depuis huit ans sans succès tous les emménagogues. Le ventre était très-gonflé et dur, et une espèce de zône étendue d'un côté à l'autre, à la hauteur du nombril. On reconnut enfin l'imperforation du vagin. On fit une incision qui pénétra dans un grand vide et donna issue à un écoulement de sang assez abondant. On croyait avoir pénétré dans le vagin ; mais, la malade étant morte trois jours après, on s'aperçut, à l'ouverture de son corps, que l'incision avait pénétré dans la vessie. Le vagin

manquait complètement dans sa partie inférieure ; sa partie supérieure et la matrice étaient très-dilatées par le sang. *De Haen.*, cité par Sabatier, *méd. op.* 1824, t. IV, p. 440.

Obs. 186. — *Distension énorme des lymphatiques prise pour des hernies.* — Tumeurs disparaissant dans la position horizontale, paraissant dans la verticale, développées dans les deux régions inguinales, prises pendant six ans pour des hernies crurales et contenues par un bandage. A la mort, on trouva tous les lymphatiques au-devant de la colonne vertébrale dilatés énormément et remplis de pus; les deux tumeurs, formées par des pelotons de vaisseaux lymphatiques, aussi pleins de pus, offrant des rétrécissemens et des cavités de la capacité d'un noix, communiquant avec les autres par l'arcade crurale. (Amussat, *Journ. de physiol.*, t. X, p. 22). Ces vaisseaux ressemblaient à d'énormes varices ; ils furent insufflés et injectés au mercure.

Obs. 187. Le nommé Ch...... se fit rentrer dans l'abdomen le testicule gauche à l'âge de 7 ans. Dix ans après il fut attaqué de divers symptômes simulant ceux d'une hernie étranglée dans la région crurale; l'opération pratiquée fit reconnaître le testicule, qui était sorti par l'arcade crurale. *Journal de Leroux*, t. XVII, p. 34.

Obs. 188. — *Communiquée par M. Maisonneuve.* — Un jeune homme de 22 ans se présenta avec un rétrécissement de l'urètre datant de plusieurs années. Tous les moyens dilatans furent vainement employés, le malade succomba. A l'autopsie on trouva la vessie

hypertrophiée, les uretères énormément dilatés et les reins désorganisés. Le rétrécissement de l'urètre était d'une consistance cartilagineuse, et paraissait produit par la présence d'une stalactite osseuse développée derrière le pubis, et dont la pointe touchait l'urètre. Il y avait eu fracture du pubis.

Obs. 189 — *Tumeur avec ecchymose prise pour un anévrisme en raison d'une anomalie artérielle.*— Un homme à la suite d'une longue marche, ressentit une vive douleur le long dela jambe, au tiers inférieur de laquelle se manifesta une tumeur. La peau qui la recouvrait était jaunie par le sang extravasé, et on y sentait un battement qui soulevait la main. Pelletan prenait cette tumeur pour un anévrisme lorsque, comparant le membre sain au côté malade, il reconnut au premier un battement artériel semblable et dans la même longueur. Il s'assura alors que le battement n'occupait pas la totalité de la largeur de la tumeur, que par conséquent on devait l'attribuer à une position superficielle et anomale de l'artère tibiale antérieure. La tumeur et l'ecchymose, disparurent en effet sous l'influence du repos. Il est probable que la rupture de quelques fibres musculaires fut cause de tous les accidens. Pelletan. *Clin. Chir.* t. 1. p. 101.

§. IX. — *Erreurs de diagnostic, provenant de ce qu'une maladie est excessivement rare ou de ce qu'elle n'a jamais été observée.*

Pour peu qu'une affection de ce genre offre des

symptômes qui aient quelqu'analogie avec une maladie connue, il sera bien facile de s'y laisser tromper. La rareté d'une maladie est absolue, ou bien elle est relative au chirurgien qui commet la méprise, et dans ce cas, elle reconnait pour cause son ignorance des faits qui existent dans la science, ou son inexpérience, ou enfin son peu de mémoire ou de sagacité qui ne lui permet pas d'appliquer au cas actuel les notions qu'il a déjà acquises. On conçoit que les découvertes dont s'enrichit la science retirent à une maladie le caractère de rareté qu'elle présentait autrefois.

Le mémoire de Louis sur les tumeurs fongueuses de la dure mère renferme un assez grand nombre d'erreurs de diagnostic, causées par le défaut de connaissances précises sur ce sujet.

Obs. 190 — On prit pour un anévrisme une tumeur pulsative, située au sommet de la tête d'un homme de 35 ans. Le bandage compressif conseillé en conséquence de cette opinion, ne put être supporté. A l'autopsie, on trouva le crâne perforé par une tumeur fongueuse de la dure mère. Loc. Cit. p. 4.

*Obs.*191.—Ambroise Paré, rapporte qu'une tumeur analogue lui sembla un anévrisme et qu'il empêcha qu'on l'ouvrît, ce que voulaient faire plusieurs *médecins*, qui pensaient qu'elle contenait du pus. Un barbier en fit l'ouverture quelques jours après. Le malade mourut. Le crane était perforé. L. C. p. 10.

Obs. 192. — Sivert rapporte qu'une tumeur de même nature fut ouverte, et que le malade mourut

d'hémorrhagie malgré les précautions qu'on avait prises pour arrêter le sang. P. 14.

Obs. 193. — Une tumeur du même genre chez une femme allait être ouverte, lorsque Museux, de Rheims s'y opposa; la reconnaissant pour une hernie du cerveau; p. 15. La même erreur fut commise dans un autre cas, p. 24.

Obs. 194. — On mit à découvert par une incision cruciale une tumeur fongueuse située au niveau du coronal perforé. Immédiatement après, le malade tomba dans le coma; le cinquième jour, il mourut. P. 21.

Obs. 195. — Une tumeur plate et indolente sur la suture sagittale fut prise pour une loupe. On appliqua sur elle un caustique; quelques jours après il y eut des mouvemens convulsifs. Le malade mourut le huitième jour; la tumeur était fongueuse et passait à travers une destruction des pariétaux. P. 23.

Obs. 196. — Une tumeur circonscrite existait au sommet de la tête d'un homme de 34 ans. Heister la prit pour une loupe, bien qu'elle fût plus rénitente et moins mobile que les tumeurs extérieures ordinaires, il entama les tégumens avec la pierre à cautère, dont l'usage lui était familier; le surlendemain le malade mourut. C'était une tumeur fongueuse de la dure mère. *Thèses de Haller*, t. I. p. 43. L. C. p. 29.

Obs. 197. — Un enfant de 2 ans portait une tumeur au-dessus de l'oreille droite; l'incision faite par Contador, n'en fit sortir qu'un peu de sang noir. Le

lendemain l'enfant mourut. Le pariétal était détruit par une tumeur fongueuse de la dure mère. P. 31.

Obs. 197.—Saltzman rapporte qu'une tumeur de cette nature fut traitée par l'incision, puis par l'extirpation partielle; le malade mourut. (P. 34.)

Obs. 198.—Une femme de 47 ans avait une tumeur qui, à la suite de plusieurs contusions, avait acquis un volume énorme, elle était située sur le pariétal. On l'embrassa par une ligature. A la chute de la tumeur on reconnut la nature de la maladie. La malade mourut dans les convulsions. (Louis. *Mém. acad. chir.*, t. V. p. 1.

Obs. 199.—*Encéphalocèle prise pour une excroissance charnue.* — Pigray rapporte qu'il appliqua des caustiques sur une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, et en apparence formée de chairs baveuses qu'une petite fille de 6 ou 7 ans portait sur le coronal, où elle avait eu une fracture un an auparavant. Aussitôt après l'application du caustique, l'enfant pâlit, eut des vertiges et les yeux égarés. Je lavai, dit Pigray, aussitôt la tumeur avec du vin pour ôter le plutôt possible le caustique que je venais d'appliquer, et je reconnus que la tumeur était formée par la propre substance du cerveau qui avait soulevé la dure-mère. La maladie fut guérie par l'application de compresses et d'un bandage qui repoussèrent doucement, et de jour en jour, la tumeur dans la cavité du crâne. (*Épitome*, LIVRE 4, CHAP. IX.)

Obs. .00.—*Hernie du cervelet chez une fille de 22 ans.* — Lallement présenta à la Société de médecine la

tête d'une fille de 22 ans, qui portait au-dessus de la protubérance occipitale externe une tumeur du volume d'un gros œuf, à base étroite et enfoncée. Elle était formée, en partie, par du tissu cellulaire, et contenait à son centre une portion du cervelet qui passait à travers une ouverture du crâne. (*Bulletin de la Faculté de médecine*, 1815, t. IV, p. 351.)

Obs. 201. — *Encéphalocèle pris pour une tumeur extérieure au crâne.* — Une petite négresse naquit sans rien offrir d'anormal. Au bout de quatre semaines on vit apparaître une petite tumeur un peu en dedans de l'apophyse mastoïde droite où elle faisait une saillie d'environ un demi-pouce au-dessous des parties voisines; elle paraissait très-adhérente à l'os, et resta dans le même état pendant deux ans. Alors croyant avoir affaire à une tumeur extérieure au crâne, on tenta de l'enlever, mais à peine les tégumens étaient-ils divisés qu'une matière médullaire blanchâtre se présenta à la vue de l'opérateur, et en même temps l'enfant cessa de crier, et tomba dans une espèce de coma. Les lèvres de la plaie furent aussitôt rapprochées, et en six semaines l'enfant fut rétabli. C'était une hernie du cervelet, comme le démontrèrent un examen plus attentif de cette tumeur qui grossit considérablement par l'addition d'une tumeur semblable du côté opposé, et sa dissection faite à la mort du sujet qui eut lieu dans la dix-septième année. (Bennet, *Gaz. méd.*, 1834, p. 667, *extrait d'un journal américain.*)

Obs. 202. — *Tumeur fibreuse de la cinquième paire*,

simulant un polype du nez. — Un forgeron, âgé de 25 ans, ressentît tous les symptômes qui dénotent un polype des fosses nasales. L'affection siégeait à gauche, et la joue de ce côté était le siége d'un gonflement. Des tentatives d'extraction de la tumeur furent faites infructueusement, et à plusieurs reprises par le docteur del Greco, et par le professeur Menici. A chaque traction, il semblait au malade qu'on lui entraînât en même temps la joue et l'oreille gauche. Enfin, une nouvelle tentative aussi inutile fut faite par le professeur Vacca Berlinghieri et six jours après le malade succomba avec tous les symptômes d'une inflammation cérébrale. A l'autopsie on trouva que le nerf maxillaire supérieur immédiatement après sa sortie du crâne donnait naissance à une tumeur, qui paraissait provenir de son névrilème, occupait la profondeur de la fosse zygomatique et dont une division s'insinuait par le trou sphéno-palatin dans les fosses nasales où elle se renflait et formait la tumeur mobile qu'on avait prise pour un polype. (*Archives*, t. 23; p. 451.)

Obs. 203. — *Anévrisme de l'artère méningée moyenne.* — A la suite d'un coup violent reçu dans la région temporale gauche, une paysanne vit se développer une tumeur dure, mobile, arrondie, qui acquit le volume d'une noix. Le chirurgien considéra la tumeur comme un kyste, et le docteur Krimer partagea son opinion, et conseilla l'enlèvement. Le chirurgien fendit la peau, puis le muscle temporal

dans le sens de ses fibres, et disséqua la tumeur qui parut tenir au périoste par un pédicule du volume d'une plume à écrire qui fut considéré comme fibreux, et coupé près du crâne; à l'instant même un jet de sang artériel parut sortir de l'os, et la malade perdit près d'une livre et demie de sang; la plaie fut tamponnée, mais au bout de deux heures la malade perdit connaissance et mourut. L'examen de la tumeur apprit que c'était un sac anévrysmal qui provenait de l'artère méningée moyenne et communiquait avec elle par un canal étroit, traversant la suture fronto-pariétale. L'artère méningée moyenne avait acquis dans le crâne le volume du petit doigt, et un épanchement d'une once et demie de sang se remarquait à la base du crâne. *Journ. des Progrès*, t. 10, p. 237.

Obs. 204. — *Hernie du poumon dans une plaie prise pour une portion d'épiploon.* — Le domestique d'un marinier fut blessé à la partie antérieure et inférieure de la poitrine. Le chirurgien appelé prenant une portion de poumon qui sortait par la plaie pour un lambeau de l'épiploon, y fit une forte ligature. Ruysch reconnut la méprise, mais laissa les choses telles qu'elles étaient, après la chute de l'escarre le malade guérit. Ruysch. *Obs. anat. chirurg. Obs.* LIII, p. 50.

Obs. 205.—*Hernie du poumon dans la région du cou.* —Une fille de 18 ans se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu, portant sur le côté droit du cou une tumeur d'un volume variable qui ne dépassa jamais

celui du poing, s'élève de la clavicule au niveau du cartilage thyroïde, et présente une base large qui semble s'enfoncer sous la clavicule. Cette tumeur indolente, molle, élastique, disparait sous la compression exercée de haut en bas, reparaît quand la pression cesse, et surtout quand la poitrine est serrée par un corset; à l'aide du stéthoscope, on y perçoit nettement le bruit respiratoire. M. Breschet pense avoir affaire à une hernie pulmonaire qu'il attribue à l'usage des corsets trop serrés. (*Journal des progrès*, t. XVI, p. 272.)

Obs. 206. — Il se présenta, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme de 25 ans qui portait sur la circonférence du haut de la cuisse gauche une tumeur sans changemens de couleur à la peau molle, et offrant une apparence de fluctuation. Elle n'offrait aucune espèce de battemens. Pelletan la prit pour un abcès froid ou par congestion, traita d'abord le malade par des remèdes antiscrofuleux, et par l'application de diachylum sur la tumeur. Il lui sembla que la fluctuation augmentait, alors il fit une incision sur un escarre préalablement obtenue par la pierre à cauthère. Il ne sortit que des caillots de sang privés de leur matière colorante, en quantité considérable à chaque pansement par la compression exercée sur la tumeur. Bientôt une suppuration sanieuse et la gangrène vinrent emporter le malade. Une grande quantité de la même substance fibrineuse était épanchée dans les intervalles qui séparent les muscles de la cuisse. Le foyer répondait à l'artère nourricier du

fémur corrodée, dilatée, et irrégulièrement entr'ouverte. (Pelletan, t. II, p. 40.)

Obs. 207.—Pochard, militaire, âgé de 26 ans, portait au pli du bras une tumeur sans changement de couleur à la peau, sans battemens, avec une fluctuation sourde. Pelletan la regarda comme une tumeur enkystée, et l'ouvrit avec de la pierre à cautère. Il n'en sortit que des caillots de sang. Le doigt sentit au fond quelques pointes osseuses. Malgré un écoulement de sang en nappe, que réprima la compression, le malade guérit. La maladie se reproduisit bientôt, le même chirurgien fit une opération analogue à la première ; quinze mois après, la maladie récidiva encore. Le malade se confia alors aux soins de Boyer, qui enleva la tumeur par deux incisions elliptiques, et six mois plus tard il fut obligé de faire l'amputation pour une quatrième récidive. Malgré l'opinion de ces chirurgiens, il est à peu près certain qu'il s'agissait d'un cancer encéphaloïde. (Boyer lui-même avait reconnu, en dernier lieu, la nature cancreuse de l'affection que dans sa première opération il avait pris pour un anévrisme.) (Pelletan, *clin. chir.*, t. II, p. 14 ; Boyer, *mal. chir.* t. II, p. 412.)

Obs. 208.—Un homme de 25 ans portait à la partie supérieure externe de la jambe, du côté droit, au-dessous du genou, une tumeur du volume d'un gros œuf de poule dinde, survenue depuis six mois sans cause connue. Au troisième mois de la maladie, le chirurgien, regardant la tumeur comme un abcès

froid, y plongea un bistouri; mais au lieu de pus il ne donna issue qu'à du sang épais, noir et à demi coagulé. Il se hâta d'arrêter l'évacuation par un pansement convenable. La plaie se cicatrisa sans accidens.

Pelletan reconnut la nature de la tumeur, et après quelques essais qui eurent pour but la conservation du membre, se décida à l'amputation. La tumeur était formée par du sang provenant, selon lui, de la lésion d'une des branches de la tibiale antérieure, et qui avait rongé tout le condyle externe du tibia, et fourni le sang dont la masse coagulée formait la tumeur. (*Clin. chir.*, t. II, p. 41.)

Obs. 209. — *Exostose de la première phalange du gros orteil, prise pour une verrue. Cautérisation.* — Une jeune femme de 25 ans portait depuis deux ans sous l'ongle du gros orteil une tumeur qui d'abord fort petite avait soulevé l'ongle et l'avait déformé. La malade consulta alors un maréchal expert qui croyant reconnaître une verrue la cautérisa. Le mal ne fit que s'accroître, l'ongle se recourba fortement en arrière, les douleurs vives que cette malade éprouvait la firent entrer à l'Hôtel-Dieu où Dupuytren reconnaissant aussitôt une exostose de la première phalange, en fit l'ablation. (Dupuytren, *Clin. chir.*, t. III, p. 415.)

Obs. 210. — *Hernie musculaire méconnue simulant une hernie.* — Un ouvrier âgé de 33 ans, en faisant un essai pour porter contre son ventre une caisse du poids de 150 livres, sentit une douleur accompa-

gnée d'un craquement à la partie interne et supérieure de la cuisse ; il tomba en syncope et revenu à lui il ne put se relever et sentit, dit-il, quelque chose d'embarrassé dans la cuisse. On aperçut alors une tumeur grosse comme une noix, située à la partie interne de la cuisse; et qui en 4 mois atteignit le volume d'un œuf de poule. Elle gênait un peu le malade en marchant et faisait à 4 pouces au-dessous du ligament de Fallope, une saillie indolente, pâteuse, mobile, qui semblait s'enfoncer dans les muscles, mais que le malade pouvait faire saillir en portant la cuisse dans la flexion et la rotation en dehors et qu'on pouvait alors saisir facilement. Incertain sur la nature de la maladie; on pratiqua à la peau une incision qui permit d'apercevoir l'aponévrose fascia-lata déchirée et un corps mou et rougeâtre engagé dans l'ouverture, la déchirure du fascia-lata fut agrandie et la tumeur cherchée, et ce ne fut qu'après cette recherche infructueuse qu'on commença à soupçonner que la maladie pourrait bien être une hernie musculaire, ce qui devint certain quand, par suite des mouvemens indiqués, le malade fit engager dans l'ouverture aponévrotique, une portion du muscle premier adducteur. (*Journ. des progrès,* 1830, t. 2, p. 237.)

Obs. 211.—*Luxation de l'épaule en arrière méconnue.* — M. .... âgé de 41 ans eut l'épaule lésée dans un accès de somnambulisme pendant lequel il lutta contre les personnes qui voulaient le réveiller. Le premier médecin sans être sûr de la nature de la lésion,

la traita long-temps comme une fracture de la clavicule. A la suite de ce traitement; les mouvemens restèrent abolis malgré les embrocations et autres remèdes continués pendant 5 mois. A cette époque le malade consulta un grand nombre de chirurgiens dont les uns certifièrent qu'il n'y avait ni fractures ni luxation, et que l'affection était inflammatoire, les autres reconnurent une luxation, mais la jugèrent irréductible. Un chirurgien de la garde nationale regarda même la maladie comme simulée. Ce ne fut guère qu'un an après que la maladie fut reconnue bien positivement pour être une luxation dans la fosse sous-épineuse, d'après des signes qui sans doute n'ont pas été appréciés facilement en raison de l'extrême rareté des luxations de cette espèce. La luxation fut réduite malgré ce laps de temps par M. Sédillot. (*Gaz. méd.*, 1834, p. 129.)

Obs. 212. — *Plaie de l'artère crurale. — Luxation du fémur en haut et en avant méconnue.* — Une jeune fille eut les parties molles, qui recouvrent le fémur, divisées par une charrette, depuis l'épine antérieure et inférieure de l'os des iles jusque vers la tubérosité sciatique. L'hémorrhagie qui s'en suivit fut arrêtée par la compression de l'artère sous le ligament de Fallope. La compression fut cessée le lendemain. La chaleur et la sensibilité se conservèrent. Le neuvième jour, hémorrhagie foudroyante. Mort. L'artère crurale, ouverte au niveau de l'aîne, avait été comprimée entre le ligament de Fallope et la *tête du fémur luxée en haut et en avant*. Le gonflement

traumatique des premiers jours, en cessant à mesure que la suppuration s'établit, laissa une détente telle, que la crurale devint libre. Miriel, *Thèses*, 1810, n° 77, p. 16.

Obs. 213. — *Tumeur développée dans le médiastin antérieur, contenant un fragment d'os et des dents, prise pour un anévrisme.* — Une femme de 21 ans est prise des symptômes de pneumonie, conserve de la toux et une expectoration purulente. Une tumeur arrondie, de la grosseur d'une noix, offrant des pulsations régulières et très-fortes, paraît au voisinage de l'extrémité sternale de la clavicule droite. D'après le siége et les caractères indiqués, tous les médecins consultés diagnostiquent un anévrysme, soit de l'aorte, soit du tronc brachio-céphalique, et la malade est soumise au traitement de Valsalva. L'autopsie apprit que c'était un kyste placé sur l'aorte.

§. X. *Erreurs de diagnostic, provenant de ce qu'il existe dans la science des opinions erronées.*

On peut rapprocher des erreurs qui précèdent celles qui sont le résultat des idées fausses actuellement répandues sur quelques-uns des points de la science. Alors un chirurgien, quoique parfaitement instruit, méconnaîtra cependant la véritable nature de la maladie. Nous n'en pouvons fournir d'exemple plus frappant que celui qui a trait aux fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Obs. 214. — *Fracture de l'extrémité du radius*

simulant une luxation du poignet. — Un maçon, tombé d'un lieu très-élevé, fut apporté à l'Hôtel-Dieu avec des plaies nombreuses. Il succomba à une facture du crâne. Il avait présenté au poignet un déplacement avec tous les symptômes attribués à la luxation du carpe en arrière. Pelletan, chirurgien en chef, se prononça pour une luxation, Dupuytren n'y vit qu'une fracture. La mort du blessé offrit un moyen de décider la lutte. La luxation était si bien simulée, que, jusqu'au dernier coup de scalpel, Pelletan se crut triomphant; enfin, les os étant séparés, on reconnut une fracture de la partie inférieure de l'avant-bras. L'articulation était intacte. (Malgaigne. *Gaz. médic.* 1832. p. 790.)

Obs. 215. — *Décollement de l'épiphyse du radius, pris pour une luxation.* — Un jeune homme, âgé de 15 ans, tombe d'un arbre dans le jardin du Luxembourg; il se luxe l'avant-bras en arrière et s'endommage assez sérieusement le poignet du même côté. On croit reconnaître une double luxation, l'une au poignet, l'autre au coude. On fait des efforts pour les réduire. Les parties sont remises à peu près à leur place naturelle. On applique un appareil contentif. Phlegmon interne, gangrène, mort. A l'autopsie on a reconnu que la prétendue luxation du poignet, n'était qu'un décollement de l'épiphyse inférieure du radius. (Rognetta. *Gaz. médic.* 1834. p. 514.)

§. XI. — *Erreurs de diagnostic provenant de ce que l'exercice d'une fonction amène des changemens anatomiques qui simulent une maladie.*

C'est surtout à la grossesse que sont dues de pareilles méprises ; soit que l'on prenne l'utérus distendu par le produit de la conception pour une autre lésion, soit que l'on commette la méprise inverse. L'emploi du stéthoscope rend actuellement l'erreur à peu près impossible, quand il s'agit d'une grossesse arrivée au cinquième mois et que le germe est vivant ; mais, sauf ce cas, il faut convenir que rien n'est plus facile que de confondre l'état de gestation avec quelqu'affection des organes voisins ou de l'utérus lui-même.

Obs. 216.—*Grossesse prise pour une tumeur cancéreuse.* — Morgagni rapporte qu'on le consulta pour une jeune fille dont le ventre avait commencé à se tuméfier, neuf mois après qu'un chirurgien lui eut enlevé une tumeur de la mamelle, qu'on disait cancéreux On craignait que la tumeur ne se fût reproduite dans l'utérus, et on ne pouvait croire qu'elle fût enceinte. Morgagni ne se prononça pas parce qu'il ne sentit pas de mouvemens. La jeune fille accoucha peu de temps après. (Morg. *De sed. et caus.* Epist. XLVIII. §. 3.)

Obs. 217.— *Grossesse simulée par une tumeur du rein.* Une femme de trente-cinq ans se présente à l'hôpital pour faire ses couches. Elle meurt le lendemain. On trouva une tumeur énorme qui avait déplacé les intestins et était formée par le rein déplacé.

et altéré dans sa texture. Miriel. Thèses. 1810, n° 77.

Obs. 218. — Une dame enceinte fit un chute sur le ventre, au huitième mois de sa grossesse; au terme ordinaire, elle accoucha d'nn fœtus mort et déjà en putréfaction. Quelques mois après, ses règles devinrent moins abondantes, puis cessèrent entièrement de paraître; vers cette époque, elle fit une nouvelle chute sur le ventre, qui détermina un léger écoulement sanguin par la vulve et des douleurs abdominales. Néanmoins le ventre continuait à grossir, et l'on sentait au-dessous de l'ombilic une tumeur globuleuse; le col de l'utérus rapproché de la vulve, présentait à droite un léger boursouflement; les seins se tuméfiaient; au bout de quelques mois l'utérus occupait la région épigastrique et figurait absolument une grossesse à terme. La malade éprouva alors des douleurs semblables à celles de l'accouchement, et l'on s'attendait à recevoir un enfant, quand on vit sortir par la vulve une grande quantité d'hydatides arrondies transparentes, plus ou moins volumineuses, et qui étaient grappées à un tissu celluleux et mêlées à des caillots de sang noir et fétide. Il en sortit ainsi une quantité considérable; la malade s'affaiblit et succomba. Malheureusement l'autopsie ne put être faite. Archives. T. 24, p. 286.

Obs. 219. — *Hydatides prises pour la grossesse.* Une femme âgée de 38 ans, mariée depuis six, ayant eu deux fausses couches à trois mois, se croyait au quatrième mois de sa troisième grossesse. Pour la mener à bon port, elle consulta M. Desgranges qui trouva le ventre plus gros qu'il ne l'est ordinairement à cette

époque : des maux de reins, un poids à l'hypogastre, un suintement sero-sanguin par la vulve firent craindre à ce médecin une délivrance prématurée. Au sixième mois la perte devint continue. Au septième des efforts expulsifs avaient dilaté le col dans l'intérieur duquel le doigt reconnut un corps charnu qui tendait à s'avancer. Le médecin pensa que c'était le placenta implanté près du museau de tanche. Mais il ne tarda pas à reconnaître que la circonférence de cette masse n'adhérait nulle part comme l'aurait fait le délivre dont elle n'avait ni les dimensions ni la forme. Les douleurs continuant, M. Desgranges dilatait le col avec le doigt, et faisait presser sur la tumeur de l'hypogastre. A l'aide de ces manœuvres il amena un corps alongé, tout hérissé d'hydatides. C'était comme un lacis cellulaire, *très-lâche, très-veineux* (expression de l'auteur), parsemé de nombreuses hydatides, à pédicules grêles, contenant une humeur légèrement visqueuse. (*Journal de médedecine, chirurgie et pharmacie*. Nov. 1791).

Obs. 220. — *La grossesse devient surtout cause d'erreur quand l'absence des parties externes de la génération empêche de la soupçonner.* — Alors on attribue les accidens à la rétention des menstrues, c'est ce qui arriva au professeur Rossi, dans un cas où la fécondation s'était opérée par un petit pertuis fistuleux établissant une communication entre le rectum et le vagin complètement oblitéré à son orifice. Cet orifice incisé, dans le but de donner issue aux menstrues, permit de sentir la tête de l'enfant au passage; l'accouchement fut heureux, et plus tard il

y en eut d'autres. *J. des Progrès.* 1827, t. 3, p. 117.

Obs. 221. — *Cystocèle vaginale survenue brusquement chez une femme récemment accouchée, et prise pour la tête d'un deuxième enfant.* Hoin rapporte qu'une femme âgée d'environ trente ans, accouchée depuis sept jours, fit un effort assez violent. A l'instant elle sentit aux parties génitales une douleur si vive qu'elle tomba en syncope pendant un quart d'heure. Quand elle eut repris connaissance, elle s'aperçut qu'elle avait dans le vagin une tumeur considérable, accompagnée de douleurs aiguës qui s'étendaient jusqu'au nombril. Le chirurgien qui l'avait accouchée prit cette tumeur pour la tête d'un deuxième enfant, et les douleurs qui se succédaient les unes aux autres pour les signes d'un nouveau travail. Dans l'intention de faciliter la sortie d'un fœtus, il fit pendant long-temps des manœuvres inconsidérées. Trois jours après, un autre chirurgien reconnut la cystocèle à une tumeur fluctuante sortant du vagin de la longueur de deux pouces, à l'absence de tension de la région hypogastrique, et au commémoratif qui lui apprit que cette femme n'avait pas uriné depuis l'accident, bien que même avant ce moment elle en eût le besoin, et que depuis ce besoin se fût accompagné de douleurs de reins. La cystocèle fut réduite, la malade sondée et guérie. *Essai sur les différentes hernies*, p. 368 du deuxième volume des *OEuvres de Leblanc.*

§. XII. *Erreurs de diagnostic provenant de ce que le chirurgien a fait un examen trop superficiel de la maladie.*

On ne saurait trop insister sur la nécessité de ne se prononcer, dans le jugement que l'on porte sur la nature de la maladie qu'après en avoir fait un examen des plus attentifs. Il arrive trop souvent que le chirurgien, même le plus instruit (et peut-être même à cause de sa vaste expérience), à la vue d'une affection dont les signes lui paraissent évidens, néglige de l'explorer avec soin, et commet une méprise que la plus légère attention eût suffi pour lui faire éviter : d'autres fois, c'est parce qu'il examine la maladie avec des idées préconçues. S'il ne suffisait pas d'avoir signalé une pareille cause d'erreur pour la faire éviter, les exemples suivans prouveraient sans réplique l'importance du précepte qui précède.

Obs. 222. — *Tumeur enkystée des joues prise pour une tumeur érectile.*— Nous avons eu à traiter, dans le courant de mars 1833, un enfant âgé de six ans et demi, qui portait depuis sa naissance une tumeur dans la joue droite. Cette joue avait pris graduellement un volume cinq ou six fois plus considérable que celui de la joue gauche, et rendait la face excessivement difforme.

L'enfant avait été présenté à Dupuytren, qui, dans une de ses leçons cliniques, déclara que la maladie était un *nævus maternus.*

Nous dûmes examiner la tumeur avec le plus grand soin. Nous y reconnûmes de la mollesse et un peu de fluctuation. Sa partie la plus saillante était recouverte d'un réseau vasculaire très fin et très-délié, qui avait porté le célèbre professeur à diagnostiquer un *nævus*, Soupçonnant cependant que la tumeur pouvait être aqueuse, et voulant éclaircir nos doutes, nous eûmes recours au moyen dont on se sert pour reconnaître les hydrocèles, c'est-à-dire, à l'examen de la tumeur placée au devant d'une bougie, dont les rayons lumineux qui auraient pu arriver à l'œil étaient interceptés par un corps opaque. La joue étaient parfaitement transparente, mais le peu de fluctuation que nous avions trouvé nous faisant penser que le kyste était multiloculaire, nous eûmes recours à l'extirpation complète du kyste, que nous fîmes d'une manière particulière, qu'il serait hors de propos de décrire ici. L'enfant guérit parfaitement, malgré quelques accidens.

Obs. 223.— *Fracture du crâne méconnue parce que l'on n'a pas rasé toute la tête.* — Une femme avait reçu deux coups de hache. L'un, du tranchant, avait fait une plaie transversale sur chacun des pariétaux qui furent entamés; le second coup, donné avec la masse de la hache, ne fit aucune plaie apparente. Un des plus grands chirurgiens du temps de J.-L. Petit n'observant que la première blessure qui fournissait beaucoup de sang, la regarda comme l'objet principal, et y appliqua trois couronnes de trépan pour tirer la femme de l'assoupissement léthargique où elle était depuis le moment de la blessure. Huit jours après ce-

pendant, malgré ces moyens et de nombreuses saignées, elle était dans le même état. J.-L. Petit, à qui la malade fut confiée à cette époque, fit raser toute la tête, trouva une forte contusion au niveau de la partie inférieure du pariétal gauche, l'incisa, découvrit une fracture considérable, releva au moyen du trépan plusieurs pièces d'os enfoncées sur la dure-mère. Deux heures après, tous les accidens cessèrent. La malade fut guérie en moins de trois mois. (J.-L. Petit. *Mal. chir.*, t. I, p. 63.)

Obs. 225.— Un homme étant tombé à la renverse était dans un état léthargique, un élève en chirurgie, n'ayant reconnu qu'une petite plaie au niveau de l'occipital, avait seulement rasé le derrière de la tête et fait plusieurs saignées. Les accidens persistant, il proposa de trépaner au niveau de la plaie. J.-L. Petit appelé fit raser toute la tête, trouva le crotaphite du côté droit, dur, élevé et douloureux. L'incision qui y fut faite, montra une fracture du temporale de l'étendue d'un pouce. L'assoupissement paraissant diminuer, il suspendit le trépan qu'il se proposait d'appliquer; il sortit beaucoup de sang épanché par la fente de l'os; la malade fut encore saignée, et la guérison parfaite eut lieu au bout de cinquante jours. (*Loc. cit.*, p. 64.)

Obs. 226.— *Tubercule cancéreux sous-cutané; douleurs traitées comme affection rhumatismale; extirpation; guérison.* — Une Blanchisseuse avait de vives douleurs qui, partant du bas de la fesse, s'irradiaient au lombe, au jarret et au devant de la cuisse. Ces douleurs revenaient par crise, et laissaient après

elles un engourdissement continuel. Des médecins regardèrent l'affection comme rhumatismale, et employèrent sans succès les moyens usités en pareil cas Elle entra à l'Hôtel-Dieu où Dupuytren l'ayant examinée, trouva à la partie postérieure et supérieure de la cuisse une petite tumeur sous-cutanée, lenticulaire, duré et sans adhérence à la peau. Une pression légère ramena les crises, et donna des convulsions à la malade. La tumeur, qui était de nature cancéreuse fut extirpée; les douleurs disparurent. (Clérambault. *Thèse* p. 21.)

Obs. 227. — Un cordonnier, couché à l'Hôtel-Dieu pour une carie de la colonne vertébrale, avait dans le dos de vives douleurs qui, rapides comme l'éclair s'irradiaient dans la moitié gauche de la poitrine, revenaient par crises et s'accompagnaient de convulsions, de sueurs, etc. On attribua ces douleurs à l'affection de la colonne vertébrale. Dupuytren ayant un jour été témoin de ses crises, fit des recherches qui lui démontrèrent l'existence de deux petites tumeurs sous-cutanées, dont la pression ramenait les crises. L'extirpation de ces tumeurs fit cesser dès l'instant même et pour toujours les douleurs. Clérambault. *Thèse* 1829, n. 90, p. 24.

Obs .228. — *Névralgie sous-orbitaire. Tubercule sous-cutané. Extirpation. Guérison.* — Dans un autre cas, une tumeur de même nature, située sous la pommette, était la cause de douleurs qui simulaient parfaitement une névralgie sous-orbitaire. Aussi le malade fut-il traité par les sangsues, les vésicatoires,

les moxa, les narcotiques, et sans le moindre succès. On reconnut enfin la cause de la maladie, elle fut enlevée, et le malade fut guéri. Clérambault, l. c. p. 25.

Obs. 229 Un amaigrissement progressif entraîna au tombeau un homme de 62 ans, sans qu'on fît attention à une hernie épiploïque très-volumineuse, qui déplaçait fortement l'estomac sans causer aucun symptôme local. *Essais d'Édimbourg*, t. 1, p. 350.

Obs. 230. — *Luxation du fémur méconnue.* — Guyenot rapporte qu'on méconnut pendant long-temps une luxation du fémur, en haut et en dehors, survenue pendant les efforts de l'accouchement chez une jeune femme. L'accouchement avait été heureux, mais la douleur de la hanche, qui n'avait pas discontinué, avait été attribuée à un dépôt qui se forma dans l'aîne. Au septième mois, malgré les symptômes, l'impossibilité où la malade fut de marcher, son pied étant tourné en dedans et le membre étant raccourci, on ne remonta pas à la cause de la maladie, qu'on ne pouvait trouver dans un effort aussi faible que celui auquel la malade avait été soumise, et on crut à une fausse ankylose. Ce ne fut qu'après deux ans, et après l'emploi infructueux des eaux, des douches, etc., qu'on reconnut bien la luxation et qu'elle fut réduite. *Mém. acad. chirurg.* t. v, p. 803.

Obs. 231. — *Fracture de l'olécrâne méconnue faute d'examen.* — Un maçon, dans une chute d'un lieu élevé, se fit une blessure grave à la tête, blessure qui attira toute l'attention de Boyer. Cinquante jours après, sur une observation du malade, le coude fut

examiné, et l'on reconnut une fracture de l'olécrâne, consolidée avec un écartement d'un demi-pouce. Boyer, t. III, p. 233.

§ XIV. — *Erreurs du diagnostic provenant de ce que la maladie, par la profondeur de son siége, échappe aux recherches.*

Quand des maladies dont le siége est profond, n'ont pas de symptômes pathognomoniques, à plus forte raison quand leurs symptômes sont obscurs, elles peuvent facilement être prises les unes pour les autres.

Obs. 232. — *Amas de matières stercorales pris pour une néphrite, puis pour un abcès.* — Un homme ressentait dans la région du flanc droit une douleur très vive qui se propageait jusqu'à la vessie, avec difficulté dans l'émission des urines et constipation qui durait depuis quatre à cinq jours. La maladie fut considérée comme une néphrite aiguë. De l'huile de ricin, administrée par la bouche, fut rejetée par le vomissement. Une tumeur apparut dans le flanc, le ventre demeurant souple dans le reste de son étendue. — Malgré l'application de trente sangsues, la tumeur augmenta de plus en plus, devint très douloureuse, et présenta un point de fluctuation sur lequel il parut important de pratiquer une incision; toutefois on proposa d'administrer un laxatif *pour s'assurer si le canal intestinal serait libre dans toute son étendue, afin que le liquide purulent prît un libre cours par l'intestin.*

Cette potion purgative provoqua des évacuations alvines abondantes, dures et d'une apparence argileuse; le lendemain, la tumeur avait presque complètement disparu; il n'y avait plus de douleur; le malade guérit en peu de temps.— Celui qui rapporte cette observation dit avoir eu connaissance d'un fait dans lequel les médecins appliquèrent le caustique sur la tumeur, et déterminèrent la formation d'un anus contre nature qui amena la consomption et la mort du malade (*Arch.*, t. XX, p. 581).

Obs. 233.—*Hernie par le trou ovalaire méconnue.* — Une dame de 47 ans éprouva tout-à-coup, dans la la nuit, une douleur très vive, étendue de la région lombaire gauche jusque dans l'hypocondre et dans l'aisselle du même côté. La pression sur la région inguinale et la cuisse ne déterminait pas de douleur; on n'y sentait pas de tumeurs; la région lombaire était douloureuse; l'émission des urines très difficile et pénible; le lendemain il survint des nausées et du hoquet. La maladie fut considérée comme une néphrite; ce ne fut qu'au bout de huit jours, quand parurent des vomissemens de matières stercorales, qu'on distingua une hernie, sans pouvoir en établir le siège. La malade ayant succombé, on trouva un sac herniaire du volume d'une noisette, sans relief extérieur, entouré par la membrane obturatrice, et qui contenait une portion d'épiploon et d'intestin totalement étranglée. Le péritoine offrait les traces d'une violente inflammation. (*Journ. des Progrès*, t. XVI, p. 256.)

Obs. 234. — *Kyste rénal pris pour un anévrisme.*

— J. L. Petit raconte qu'un homme de province avait une tumeur dans la région lombaire; on la prit d'abord pour une tumeur anévrismale, puis pour un abcès. On l'ouvrit; il s'écoula une humeur sanguinolente et au fond était une grosse pierre engagée dans l'urètre et le bassinet. (Chopart, t. I, p. 262.)

Obs. 235. — *Polype du larynx pris pour un asthme suffocant.* — Un homme déjà vieux, traité à l'Hôtel-Dieu pour une maladie des voies urinaires, éprouvait de temps en temps des accès de suffocation que l'on attribuait à un asthme suffocant, à un spasme de la glotte. L'intégrité des fonctions respiratoires dans les intervalles éloignait toute idée d'une altération de ces parties; en conséquence, on ne fit aucun traitement. Le malade mourut tout-à-coup au milieu d'une de ces crises. — A l'autopsie, on trouva la glotte fermée par un prolongement cellulo-vasculaire, véritable polype naissant d'un des replisarythéno-épiglottiques. (Dupuytren, *Clin. chir.*, t. III, p. 602.)

§ XV. — Le diagnostic, ainsi que nous l'avons établi dans le premier chapitre de cette thèse, ne consiste pas seulement à reconnaître la nature d'une maladie, il doit encore porter sur les différentes variétés qu'elle présente. Quelques-unes des observations qui suivent sont des exemples d'erreur de diagnostic, relatives seulement à une circonstance importante de la maladie, qui, du reste, a été reconnue par le chirurgien. Nous voyons que dans les unes on n'a pas soupçonné toute l'étendue du mal, dans d'autres on a

ignoré la cause principale des accidens, le degré d'altération dont la partie malade était le siége, les adhérences qui l'unissaient avec les organes voisins, etc., et l'embarras dans lequel les chirurgiens se sont trouvés, les dangers auxquels ils ont exposé leurs malades, en pratiquant des opérations le plus souvent inutiles ou incomplètes, montrent combien il est important d'avoir reconnu toutes les circonstances de la maladie.

Enfin nous avons terminé ce recueil par des exemples de méprises, dont quelques-unes nous ont paru difficiles à classer, et dont les autres ne peuvent être imputées qu'à l'ignorance.

Obs. 236. — *Utérus cancéreux, on ne reconnaît que le cancer du col.* — C'est à une erreur de ce genre que Paletta est redevable d'avoir enlevé avec succès, en avril 1813, la totalité d'un utérus cancéreux, pensant avoir affaire seulement au col. (Velp. *Méd. op.* t. III, p. 636.)

Obs. 237. — *Portion de poumon herniée regardée comme gangrenée, bien qu'elle ne fût que flétrie. Excision.* — Loiseau rapporte qu'un homme ayant reçu dans le côté droit de la poitrine, entre la troisième et la quatrième côte, un coup d'épée, une portion de poumon s'échappa au dehors. Etant restée trois jours sans être réduite, cette portion de poumon se flétrit et se dessécha ; on la regarda comme gangrénée, et on en fit l'excision au niveau de la peau. Cette portion excisée ayant été ensuite trempée dans l'eau, reprit sa couleur naturelle, comme elle l'aurait sans doute reprise si on

l'eût réduite au lieu de la couper. Néanmoins le malade guérit. Boyer, t. VII, p. 271.

Obs. 238.— *Etranglement par le collet du sac*; *réduction*; *mort*. Une hernie que portait un garçon de 13 ans fut réduite de la manière la plus complète. Cependant tous les signes de l'étranglement persistèrent. Après sa mort, on ne pouvait apercevoir dans l'aine à la vue ni au toucher la plus légère apparence de hernie; mais à l'ouverture du ventre on vit que l'intestin, encore étranglé par le col du sac herniaire, avait été repoussé au-delà de l'anneau, entre les aponévroses de l'abdomen et le péritoine qui se trouvait décollé dans une certaine étendue. Scarpa, *des hernies*, *p.* 323.

Obs. 239. — *Tumeur adhérente crue libre.* Nous avons entendu raconter par M. le professeur Richerand l'histoire d'une femme qui portait dans l'abdomen une tumeur volumineuse jouissant d'une grande mobilité et pouvant être poussée de l'un et de l'autre côté de l'abdomen. Cette circonstance avait fait penser que la tumeur n'avait contracté aucune adhérence avec les parties voisines. On entreprit de l'enlever, et l'on reconnut alors seulement qu'elle adhérait aux intestins, et ne formait qu'une masse avec eux: l'opération resta inachevée.

Obs. 240. —*Hernie de l'ovaire prise pour un entéro-épiplocèle.* Une tumeur de l'aine fut prise pour un entéro-épiplocèle. Elle fut mise à découvert, on reconnut l'ovaire hernié, mais dans un état tel qu'il fallut l'emporter avec le bistouri. La malade guérit. (Deneux, *Recherches sur la hernie de l'ovaire* 1813.)

Obs. 241.—*Tentative d'extirpation d'un kyste de l'ovaire qui n'existait pas.* — Une femme de 27 ans avait l'abdomen aussi développé que si elle avait été au neuvième mois de la grossesse. Toute la cavité abdominale semblait remplie par une tumeur qui paraissait passer facilement d'un côté à l'autre. Ce fut deux ou trois mois après une fausse couche qu'elle vit son ventre augmenter d'abord du côté gauche; elle eut deux ans après une tumeur dans l'aine, due probablement à un abcès des couches, d'où sortit par l'incision un pus séreux dont l'évacuation, bien qu'en grande quantité, ne diminua point le volume de l'abdomen. Elle se plaignait de douleurs bien distinctes, disait-elle, de celles de l'abcès. Elle fut regardée comme enceinte par la plupart des médecins qu'elle consulta; un autre lui fit la ponction pour une hydropisie de l'ovaire. Ce fut enfin à l'affection de ce dernier organe que se rallièrent les opinions de la plupart des praticiens d'Edimbourg. Vaincu par les instances de la malade, M. Lizars pratiqua une incision dans le but d'enlever l'organe malade, après avoir agrandi l'ouverture et couvert les intestins d'un linge trempé dans de l'eau à 98° (Farenh.). « Je voulus, dit-il, examiner l'état de la tumeur, lorsque à mon étonnement je n'en trouvai point. Je priai les médecins qui m'accompagnaient de voir qu'il n'y avait pas de tumeur....... L'utérus et les ovaires étaient parfaitement sains. Les intestins furent replacés, les plaies réunies à l'aide de la suture, un traitement anti-phlogistique des plus énergiques fut mis en usage; la malade fut guérie en moins

d'un mois. « Ce qui nous a induits en erreur, dit M. Lizars, c'est le volume et la distension des intestins, ainsi que la saillie que formaient en avant, derrière le pubis, les vertèbres des lombes. Il était impossible de le reconnaître avant l'opération, car ces circonstances auraient frappé quelques-unes des personnes de l'art qui examinèrent la malade; et ce n'est point pendant l'opération que je m'en aperçus moi-même; mais quelque temps après, quand je cherchai à me rendre compte de ce qui avait pu nous tromper d'une manière si singulière. » *Archiv. gén. de méd.* t. VIII, p. 442.

Obs. 242. — *Tumeur fibreuse des grandes lèvres prise pour une hernie, un abcès, etc.* — Une femme de 36 ans, portait depuis quatre ans une tumeur dure du volume du poing, d'une nature difficile à déterminer. On l'avait successivement considérée comme un abcès froid, un squirre, une hernie. Boyer la considéra comme un kyste. Un écoulement de matière floconeuse par le vagin, coïncidant au rapport de la malade avec une diminution de la tumeur, semblait confirmer le diagnostic. La tumeur fut extirpée; c'est alors que voulant s'assurer de sa nature, on reconnut une masse fibreuse qui se prolongeait fort loin dans le bassin, et qui ne put être extraite qu'avec beaucoup de difficultés. La guérison eut lieu. Boyer, t. x, p. 400.

Obs. 243. — *Adhérences méconnues.* — Une femme portait un kyste de l'ovaire, qui avait déjà été ponctionné plusieurs fois. Le docteur Granville en

tenta l'extirpation en présence de MM. Brodie, Keate et Earle; mais les adhérences multipliées qui existaient entre la tumeur, d'une part, et de l'autre les intestins et les parois abdominales, et dont on n'avait soupçonné qu'une partie avant l'opération, s'opposèrent à ce que la tumeur pût être enlevée. On fut donc obligé de refermer la plaie par la suture; et malgré une ouverture du péritoine, le huitième jour la malade put se lever. *Arch. gén. de méd.* t. XIV, p. 589.

Obs. 244. — Un jeune homme avait au côté gauche de la poitrine une tumeur considérable, douloureuse qui, inégalement convexe, s'étendait depuis la clavicule jusqu'à la mamelle du même côté. Elle gagnait la clavicule et s'avançait au-delà, était un peu mobile, très-dure et couverte de vaisseaux variqueux. On la regarda comme une loupe enkystée, et on procéda à l'opération dans cette croyance. On fut très-étonné, après avoir mis à nu toute la tumeur, et au moment où on se disposait à couper sa base d'un seul coup de bistouri, de voir que cette base était osseuse, ainsi que le reste de la tumeur. On fut obligé de remettre l'opération faute d'instrumens. — *Thèse* de Haller, disp. CL. XII, t. V, p. 653. La cause de cette erreur est dans le siége de l'exostose sur des os très-mobiles et peu longs comme la clavicule, alors que la tumeur elle-même est très-longue. Un mouvement imprimé à l'extrémité du levier qu'elle représente dans ce cas pourra avoir une assez grande étendue sans que l'os auquel sa base adhère semble se déplacer.

Obs. 245. — *Ponction du testicule dans l'hydrocèle.*—Un homme, porteur d'une hydrocèle, avait été traité par la ponction dans un des hôpitaux de Paris, mais la ponction fort douloureuse n'avait donné issue qu'à du sang. Loin de diminuer, la tumeur s'était gonflée, était devenue chaude et douloureuse. Dupuytren l'examinant, reconnut la situation du testicule en avant, et fit la ponction en arrière. (Sabatier. Édit. Sanson et Bégin, t. III, p. 14.)

Obs. 246.—*Communiquée par M. Maisonneuve.* —Une jeune personne de 17 ans, d'une grande beauté, portait à la tempe droite une petite tumeur. Dupuytren, indécis sur sa nature, prescrivit un traitement mercuriel. Pendant ce traitement, la tumeur disparut. Mais au bout de six semaises elle reparut; un nouveau traitement fut employé, la tumeur n'en continua pas moins ses progrès; elle envahit toute la tempe, déforma la face au point de rendre la face hideuse, et finit par amener la mort. A l'autopsie, on trouva une tumeur cancéreuse encéphaloïde.

Obs. 247.—*Hernie congénitale étranglée, contenue dans le canal inguinal, méconnue; mort.* — Un jeune homme de 25 ans, au milieu d'efforts de vomissemens aperçut, pour la première fois, dans l'aine une tumeur oblongue, douloureuse au toucher. Un chirurgien, pensant qu'elle était le résultat d'un étranglement de hernie, essaya de la réduire, et crut y être parvenu, la pression ayant suffi pour la faire disparaître. Cependant, comme les symptômes d'étranglement persistaient, le malade fut envoyé à l'hôpital,

où on attribua les accidens à une tout autre cause. L'erreur ne fut reconnue que quelques instans avant la mort. La hernie était formée par une portion de l'intestin. La portion aponévrotique du muscle grand oblique formait l'enveloppe extérieure de la tumeur. Le sac herniaire était formé par la tunique vaginale du testicule. Ce dernier organe était lui-même arrêté un peu au-dessus de l'anneau inguinal. L'étranglement avait eu lieu à l'orifice supérieur du canal. (Scarpa. *Supplément au traité des hernies*, p. 10.)

Obs. 248.— *Carie du sternum, méconnue.* — Un homme, âgé de 32 ans, éprouvait des symptômes d'affection gastrique, caractérisée surtout par des vomissemens fréquens. Comme il éprouvait aussi des douleurs à la partie antérieure de la poitrine, on appliqua des ventouses à la région sternale. Depuis ce temps, les douleurs augmentèrent; mais, comme on s'occupait surtout de la maladie primitive, ce ne fut que peu de temps avant la mort du malade qu'on aperçût vers le tiers supérieur du sternum une saillie légère, allongée, transversale, élastique, sans changement de couleur à la peau. Plusieurs conjectures furent hasardées sur ce fait; les uns prirent la tumeur pour une hernie du poumon, d'autres pour une collection de pus communiquant avec un abcès du médiastin. M. Boyer, consulté sur ce point, convint avec M. Lerminier qu'il ne savait pas ce que c'était. Le malade étant mort, on incisa la petite tumeur du sternum qui donna issue à une grande quantité de pus séreux, dont le foyer paraissait siéger dans le lieu même, et provenait de la

carie de l'os. Le tissu cellulaire sous-sternal et la portion antérieure du poumon droit qui lui adhère sont parfaitement sains. Il existe au tiers supérieur du sternum une fracture transversale complète qui paraît récente. L'os n'a point subi de changement dans son épaisseur, mais la surface extérieure, aux environs de la fracture, est noirâtre, rugueuse et suppurante; la surface est saine près de la fracture, mais à un pouce au-dessous la substance de l'os est noirâtre et comme ramollie, sans suppuration. (*Archives*, t. XXII, p. 546.)

Obs. 24. — *Communiquée par M. Maisonneuve.* Un homme se donne un coup de rasoir au niveau du pli du coude, une hémorrhagie abondante a lieu, le chirurgien appelé relève la manche et voit un jet de sang considérable qu'une compression même assez forte arrête à peine; il diagnostique une lésion de l'artère et tamponne la plaie : l'hémorrhagie continue. A l'hôpital, on enlève les vêtemens et le bandage, et l'hémorrhagie s'arrête. C'était une hémorrhagie veineuse entretenue par la compression des vêtemens.

Obs. 250. — *Blessure de la veine crurale prise pour une blessure de l'artère. Compression. Mort.* Un jeune orfévre se fit, avec un emporte pièce aigu, une petite plaie à la partie supérieure et interne de la cuisse, près de l'arcade crurale. Un chirurgien emploie vainement la compression tant *au-dessus* que sur la plaie elle-même; l'hémorrhagie n'en était que plus active. Au bout de deux heures, porté à l'Hôtel-Dieu, il mourut avant qu'on ait pu rien tenter pour son salut.

Au commémoratif et à la situation de la plaie, Dupuytrein reconnut la blessure de la veine crurale. L'autopsie montra que la veine seule était en effet blessée. (Sabatier. *Med. op. T. II.* 176. *Edit. Sanson et Bégin.*)

Obs. 251. — J.-L. Petit a observé une hernie ventrale située entre les fausses côtes et la crête de l'os des iles, et qui avait acquis la grosseur de la tête d'un enfant. La tumeur rentrait quand la malade était couchée et qu'on la comprimait convenablement. Un jour il ne fut plus possible de la réduire. Le lieu qu'elle occupait et le peu d'incommodité qu'elle causait avaient empêché d'en connaître la nature : on l'avait prise jusque-là pour un dépôt laiteux. Les nausées, les défaillances et les vomissemens de matière fécale qui survinrent ne permirent pas de douter que ce ne fût une hernie. (*Mal. chir. T. II, p.* 257. Heister rapporte des cas analogues.)

Obs. 252. — *Tumeur fongueuse sanguine prise pour une tumeur enkystée.* Un enfant vint au monde avec deux tumeurs fongueuses sanguines, l'une à la partie supérieure gauche de la poitrine, l'autre à la partie interne du bras. La première, ayant fait des progrès assez considérables, un des chirurgiens consultés crut voir une tumeur enkystée, et appliqua sur sa partie moyenne un morceau de potasse caustique. A la chute de l'escarre, on vit sortir un fongus qui saignait au moindre attouchement, et qu'on s'efforçait en vain de réprimer par des styptiques. Boyer appelé reconnut la maladie, mais trouvant le malade trop jeune pour

subir l'ablation du mal, conseilla la ligature du fongus. Il tomba en effet, mais se reproduisit à diverses reprises, et l'enfant mourut d'épuisement (Boyer. t. II. p. 395.)

Obs. 253. — *Etroitesse extrême du prépuce méconnue, donnant lieu à des lésions prises pour une tumeur cancéreuse.* — Un enfant de deux mois et demi n'avait aucune apparence de verge ni de testicules; il lui survint après sa naissance, au-dessous du pubis, une tumeur ovalaire grosse comme un œuf de poule, dont la surface était ulcérée, rouge et très humide à la partie moyenne. On sentait une sorte d'ondulation à la pression, et quelques gouttes de liquide s'échappaient de la surface ulcérée. On avait regardé la tumeur comme un cancer incurable qui avait rongé les organes de la génération. Un examen plus attentif fit reconnaître que les accidens dépendaient d'une extrême étroitesse de l'ouverture du prépuce. Une incision convenable fit sortir une bouillie claire, et fit reconnaître au fond de la poche le gland ulcéré. Les accidens cessèrent, et la guérison fut complète au bout d'un mois. (Boyer, t. X, p. 326; Chopard, *Traité des voies urinaires.*)

Obs. 254. — *Cystocèle méconnue pendant* 30 *ans et traitée pour un engorgement du col de la vessie.* — Un individu, âgé de 58 ans, éprouve, depuis 30 ans environ, une difficulté d'uriner presque continuelle, qui ne lui permet de vider sa vessie qu'en deux ou trois reprises à quelques minutes d'intervalle. Jamais il n'a souffert des reins ni rendu de graviers;

seulement il se rappelle que les accidens, du côté des voies urinaires, ont commencé à paraître au moment où il fut guéri d'une dartre qu'il portait à la jambe. Il portait en outre une hernie inguinale dont la gauche était congénitale et la droite fort ancienne. Une consultation eut lieu entre plusieurs médecins qui pensèrent que la vessie ne contenait aucun corps étranger, que l'urètre était parsemé de rétrécissemens, que les rétrécissemens et la difficulté d'uriner étaient dus à la rétrocession de la dartre, qui exerçait ses ravages sur l'urètre et le col de la vessie. Quant aux hernies, ils conseillèrent de les maintenir avec un suspensoir. Ce ne fut que 25 ans après cette consultation, qu'à l'occasion d'une rétention d'urine, le malade eut recours à M. Ribell, de Perpignan. Celui-ci, prévenu par le récit du malade, fit à peine attention aux hernies; mais, voulant s'assurer des rétrécissemens, il trouva que l'urètre était libre et l'avait probablement toujours été; cherchant alors ailleurs la cause de la difficulté dans l'émission des urines, il en vint à l'examen des hernies, et ne tarda pas à se convaincre qu'il avait affaire à une cystocèle inguinale; car 1° la difficulté dans l'émission des urines augmenta avec le volume de la tumeur; 2° pour uriner plus facilement, le malade soulève la hernie de manière à ce que le col en soit la partie la plus déclive; 3° une injection d'eau dans la vessie augmente le volume de la hernie inguinale gauche et la rend fluctuante. (*Archives*, t. XXI, p. 381.)

Obs. 255. — *Abcès venant d'une carie des vertèbres dorsales, pris pour un abcès froid.* — Un

homme affecté de langueur avait éprouvé une douleur habituelle au milieu du dos. On reconnut dans le fond de la région ombilicale une tumeur circonscrite, avec fluctuation manifeste, surtout quand le malade se couchait sur les côtés. Moreau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, prit le parti d'y plonger un trois-quarts pour savoir, dit-il, ce qu'elle renfermait. Il en sortit une pinte et demie de pus. Le malade mourut le quatrième jour. Il s'agissait d'une carie des sixième, septième et huitième vertèbres du dos à divers degrés, qui avait suivi l'aorte à son passage à travers le diaphragme et se terminait dans le tissu cellulaire de la partie postérieure du péritoine. (Pelletan, *Clin. chir.*, t. III, p. 262.)

Obs. 256. — *Abcès sous l'omoplate ouvert dans la poitrine et simulant une phthisie pulmonaire.* — Une femme de 26 ans, ayant négligé de se faire saigner comme elle en avait l'habitude, fut prise d'une maladie que les médecins qualifièrent de peumonie et *condamnée*, au bout de six mois, comme phthisique. Elle était amaigrie, toussait par quintes, crachait une matière abondante et épaisse, purulente, avait perdu le sommeil. Le docteur Balzac, qui la vit alors pour la première fois, fut frappé par la disposition de l'omoplate du côté droit. Cet os était soulevé par une tumeur profonde débordant du côté de la colonne vertébrale et dans laquelle on sentait la fluctuation; le côté droit de la poitrine était mat, mais la respiration s'y faisait entendre. Une incision fut faite le long du bord vertical de l'omoplate et permit de sentir la fluctuation; un bistouri fut alors plongé dans la tumeur

et par l'ouverture il s'écoula une matière analogue à celle qui était expectorée. Ses crachats disparurent entièrement, le foyer purulent se vida, l'omoplate reprit sa place et la malade recouvra la santé. (*Journ. des Progrès*, t. XIII, p. 225.)

Obs. 257.—*Rétroversion de la matrice prise pour un fongus de la vessie.* — Levret rapporte qu'un femme de 50 ans avait dans le bas-ventre des douleurs sourdes soit en allant à la selle, soit en rendant des urines souvent chargées de gravier; ce qu'elle faisait du reste avec difficulté. Toutefois l'urine coulait plus falement quand la malade était couchée. Lorsqu'elle était debout elle sentait tomber un corps dur dans la vessie; ce qui produisait le besoin d'uriner avec impossibilité de le faire. Un chirurgien pensa d'abord que c'était un calcul, puis l'ayant soudé, il crut reconnaître un fongus de la vessie. Levret appelé reconnut une antéversion de la matrice qui fut réduite et maintenue dans sa situation naturelle par un pessaire. Dès lors la maladie de vessie disparut pour toujours.

Le même auteur rapporte une autre observation semblable. Une fille de 45 ans croyant avoir la pierre se fit sonder. On ne sentit qu'un corps dur et rond qui n'était pas naturel à ce lieu. Les mêmes recherches et le même moyen que dans le cas précédent obtinrent le même résultat. (*Journ. de méd.*, an 1773 cité par Lassus, *Méd. opérat.*, t. I, p. 316.)

Obs. 258.— *Plaies de tête, signes de compression. Acéphalocystes.* — Un homme fait une chute, point de signe de commotion ni de compression au moment

de l'accident. On emploie un traitement antiphlogistique très actif. Pendant plusieurs jours, le malade va bien, il mange, il se lève. Dix jours après l'accident engourdissement dans le côté droit du corps; à cet engourdissement succède une hémiplégie; le malade meurt. — Au lieu de l'épanchement ou du pus que les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu croyaient trouver on ne rencontre qu'un acéphalocyste dans l'épaisseur de l'hémisphère droit. (Clérambault, Thèse 1829, n. 90, p. 14.)

Obs. 259. — M. P. Dalmas a rapporté, dans le tome 1er du *Journal des Progrès*, année 1830, l'histoire d'un individu tourmenté de douleurs dans l'abdomen, de constipation, de vomissemens, et surtout de souffrances aiguës au fondement, déterminées par l'évacuation des matières fécales, souffrances que le malade rapportait à des tumeurs hémorrhoïdales. Plusieurs médecins, consultés pendant une période de dix années, rapportèrent la maladie, les uns a une affection organique des poumons, les autres à une lésion profonde du foie ou de l'estomac; aucun d'eux, chose vraiment extraordinaire, n'eut l'idée d'examiner l'anus et les hémorrhoïdes dont se plaignait le malade. Quand il se présenta à M. Dalmas, celui-ci le trouva dans un état extrême d'affaiblissement. N'ayant rencontré dans la poitrine et l'abdomen aucun signe qui justifiât ce diagnostic des premiers médecins, il explora l'anus, et reconnut un bourrelet formé par la muqueuse du rectum renversée; il pensa que ce pouvait bien être là la cause des accidens. En effet, la tumeur

ayant été réduite en plusieurs fois, la santé ne tarda pas à se rétablir.

Obs. 260. — En rapportant une observation de fistule stercorale dont l'ouverture était située à un pouce et demi au-dessus du niveau du pli de la fesse et en dehors, M. Rigal, de Gayac, dit que les médecins qui avaient vu le malade n'ayant jamais songé à sonder la fistule, l'avaient considérée comme entretenue par une nécrose du fémur, et avaient envoyé pendant deux saisons le malade aux eaux thermales des Pyrénées. *Journal des Progrès*, 1830, t. 1, p. 248.

Obs. 261. — *Tumeur du mésentère prise pour un abcès. — Ouverture de l'intestin. — Mort.* — Une demoiselle portait une tumeur qui parut à Lamotte avoir son siége dans le bas-ventre; la paroi abdominale ne lui sembla point intéressée. Cette tumeur s'enfonçait quand on la comprimait, sans qu'on y ressentît de fluctuation. Lamotte jugea que le siége était le mésentère, proche de l'intestin grêle; sa dureté et son insensibilité lui firent présumer qu'elle était squirrheuse. Les consultans, malgré cette opinion, voulurent l'ouvrir; ce qu'ils firent après avoir en vain essayé de la ramollir à l'aide de remèdes suppuratifs. Au cinquième jour, ils mirent de la pierre à cautère, puis incisèrent sur l'escharre. L'intestin fut ouvert. D'abord les opérateurs prirent pour du pus la matière qui en sortit; mais bientôt ils reconnurent leur erreur. La malade mourut au troisième jour. Lamotte, t. 1, in-8°, p. 485.

Obs. 262.—*Hernie de la ligne blanche méconnue.*

— Un jeune chirurgien sentit en dansant un craquement dans le creux de l'estomac, à la suite duquel il eut des tiraillemens, de la constipation et des vomissemens dont on méconnut la cause, en raison d'un voyage sur mer qu'il fut obligé de faire. A son retour en France, les plus célèbres médecins et chirurgiens de Paris méconnurent encore sa maladie qui jusqu'alors n'avait pas été décrite. Ils le tourmentèrent longtemps de leurs remèdes jusqu'au moment où, assistant au cours de Garengeot, il reconnut la cause des accidens qu'il éprouvait en entendant le professeur décrire la hernie de la ligne blanche à laquelle il donna le nom de hernie de l'estomac. Un bandage que le malade construisit aussitôt fit disparaître tous les accidens. (Garengeot. *Mém. acad. chir.*, t. I, p. 703.)

Obs. 263.—*Jet saccadé du sang dans la saignée, pris pour une lésion de l'artère brachiale.* — Dupuytren rapporte qu'il fut appelé un jour, en toute hâte, par un médecin distingué qui, voyant le sang sortir par saccade d'une saignée qu'il venait de faire, croyait avoir intéressé l'artère brachiale. Dupuytren reconnut aussitôt qu'il n'en était rien, et que cela tenait à la position immédiate de la veine sur l'artère qui lui communiquait ses battemens. (Dupuytren, *clin.* t. I, p. 269.)

Obs. 264.—*Coxarthrocace méconnue.*—Un maçon âgé de 19 ans éprouva des douleurs vives dans la hanche gauche et le long de la partie interne de la cuisse et de la jambe; ces douleurs devinrent moins vives; mais, au bout de cinq mois, les douleurs, la claudication

et l'alongement du membre qui était alors d'un pouce et demi, au dire du malade, le forcèrent d'appeler un chirurgien qui, méconnaissant la maladie, ordonna des remèdes internes qui ne firent qu'aggraver les accidens. Un mois après, le membre se raccourcit subitement, des abcès se montrèrent autour de l'articulation et le malade vint mourir à la Charité. (Boyer, t. IV, p. 340.)

Obs. 265. — *Coxarthrocace méconnue.* — Une fille de six ans éprouvait dans la hanche gauche une douleur sourde qui la faisait boiter. Le médecin ordinaire, attribuant cette douleur à la croissance, ne conseilla aucun remède. Six mois après l'invasion de la maladie, M. Boyer constata de l'allongement dans le membre malade, et prescrivit le traitement de la luxation spontanée. Les accidens augmentèrent pendant huit mois. Alors la luxation eut lieu, et la guérison se fit par ankylose. Boyer, t. IV, page 337.

Obs. 266. — *Distension de la vessie prise pour une tumeur.* — Sabatier dit avoir été consulté pour une femme que l'on se proposait d'envoyer aux eaux dans la vue de fondre une tumeur survenue à la suite d'un accouchement laborieux, et que l'on croyait avoir son siége dans la matrice. La tumeur disparut par l'introduction d'une sonde. On avait méconnu la nature de cette tumeur, parce que les urines sortaient à volonté et en quantité raisonnable. — Un homme, d'une assez bonne constitution, portait depuis long-temps une tumeur au ventre, tumeur que l'on disait squirrheuse, et que l'on traitait par des bains et des dou-

ches sulfureuses. Le malade urinait à volonté; cependant Sabatier introduisit une sonde dans la vessie, et cette introduction *eut son effet ordinaire.* Sabatier, édit. suiv. Bégin, t. II, p. 356.

Obs. 267. — *Anévrisme des corps caverneux pris pour un abcès.* — Albinus rapporte qu'un jeune homme ayant eu la verge fortement courbée au moment où elle était en érection, il y survint une tumeur sans changement de couleur à la peau, disparaissant incomplètement par la pression, plus volumineuse pendant l'érection. On appliqua sur la tumeur des émolliens et des maturatifs, puis on l'incisa largement, malgré les remontrances d'Albinus. Il en résulta une hémorrhagie abondante qui fit périr le malade en peu de jours. Albinus trouva le corps caverneux dilaté, et formant une tumeur remplie de sang comme dans les artères. — Albinus *Annotationes academicæ, lib.* III, chap. v. Boyer, t. X, p. 373.

§. XVI. — *Maladies simulées.*

Une dernière source d'incertitude et d'erreurs dans le diagnostic est la mauvaise foi des malades qui, dans un but d'intérêt, simulent les symptômes d'une maladie qu'ils n'ont pas.

Toutes les maladies ne sont pas également faciles à simuler; il en est dont les symptômes nets et précis peuvent être facilement appréciés par le sens du chirurgien, et ne permettent pas d'erreur, tandis que d'autres, dont le diagnostic repose en grande partie

sur les sensations du malade ou sur des symptômes vagues et communs à plusieurs lésions, se prêtent merveilleusement à la simulation.

Au premier rang des maladies simulées, nous pouvons donc placer les névralgies, les douleurs rhumatismales, syphilitiques; les paralysies du sentiment, soit du tact, soit de la vue, ou de l'ouie; puisque tous les renseignemens qui doivent éclairer le diagnostic doivent être fournis par le malade lui-même. Cependant, comme il y a dans ces affections autre chose que l'exagération ou la diminution de sensibilité; comme, tantôt la douleur suit exactement le trajet d'un nerf, tantôt la paralysie est accompagnée de quelques autres phénomènes, le chirurgien pourra souvent, par des questions captieuses, par l'examen attentif de quelques organes en relation avec l'organe prétendu malade, découvrir la fraude et prononcer sur l'existence de la maladie.

Un second ordre de maladies simulées comprend celles dont les symptômes les plus saillans peuvent être imités par le malade, telles sont : l'incontinence d'urine simulée fréquemment par les jeunes conscrits, qui s'exercent long-temps à uriner goutte à goutte; la rétraction des doigts simulée par la rétraction volontaire aidée même d'une cautérisation superficielle de la peau, afin de faire croire à une cicatrice vicieuse; les ecchymoses simulées par le suc de certaines plantes; les hémorrhoïdes, le renversement du rectum simulés par l'introduction dans l'anus de vésicules ou

d'intestin rempli de sang; l'ozène, simulé par l'introduction dans le nez de matières puriformes, fétides, de vieux fromage pourri, etc.

Mais ces maladies ne supportent pas pour la plupart l'examen attentif du chirurgien; on peut éprouver cependant quelque difficulté à reconnaître la fraude dans les cas d'incontinence d'urine. Le fait suivant montrera à la fois l'embarras et le moyen d'en sortir.

Un jeune conscrit était à l'hôpital de Nantes pour une prétendue incontinence d'urine; il était habitué à uriner goutte à goutte, de sorte que pendant plusieurs jours le chirurgien en chef fut indécis sur la réalité de la maladie : un jour cependant il fit venir le jeune conscrit, et, s'asseyant devant lui, l'examinait avec attention. L'examen durait depuis plusieurs minutes : le jeune homme, qui était obligé de faire des efforts violens pour ne laisser échapper l'urine que goutte à goutte, perdant courage, lâcha tout à coup ses urines et inonda le visage du chirurgien.

Un troisième ordre comprend les maladies dont on peut produire à volonté les symptômes principaux. Tels sont : l'œdême que l'on peut facilement produire par la ligature d'un membre, une compression long-temps exercée sur le trajet des veines principales; l'otorrhée que l'on peut simuler, en introduisant dans le fond du conduit auditif des corps irritans qui déterminent de la suppuration; la fistule à l'anus que l'on simule d'une manière à peu près analogue; la teigne que l'on a vu simuler par une aspersion d'acide nitrique sur la tête; il se forme alors des croûtes jaunes

qui ont plus ou moins l'aspect de celles de la teigne; enfin les ulcères. Cette dernière maladie est déterminée facilement par des substances âcres, irritantes, appliquées sur la peau; et, quand le sujet est en même temps affecté de varices ou de dartres, il devient quelquefois difficile de distinguer si la maladie est due à la fraude ou à la nature.

Cependant, un chirurgien expérimenté qui, avant de se prononcer, aura cherché avec soin à reconnaître les circonstances où se trouve le malade, les intérêts divers qui peuvent le porter à tromper, qui saura multiplier adroitement les questions, et surtout qui ne négligera aucun des moyens fournis par la saine chirurgie pour l'examen de la partie affectée, parviendra presque toujours à découvrir la vérité.

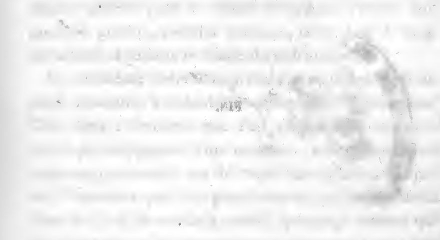


FIN.

FÉLIX LOCQUIN, IMPRIMEUR, RUE N.-D.-DES-VICTOIRES, N° 16.

qui ont plus ou moins l'aspect de celles de la teigne; enfin les ulcères. Cette dernière maladie est déterminée facilement par des substances âcres, irritantes, appliquées sur la peau; et, quand le sujet est en même temps affecté de varices ou de dartres, il devient quelquefois difficile de distinguer si la maladie est due à la fraude ou à la nature.

Cependant, un chirurgien expérimenté qui, avant de se prononcer, aura cherché avec soin à reconnaître les circonstances où se trouve le malade, les intérêts divers qui peuvent le porter à tromper, qui saura multiplier adroitement les questions; et surtout qui ne négligera aucun des moyens fournis par la saine chirurgie pour l'examen de la partie affectée, parviendra presque toujours à découvrir la vérité.



FIN.

[illegible], rue [illegible], n° 76.

